



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

ISABELA SCHURHAUS HYEDA  
JAMILA GABRIELA MARCHI  
SAMANTA RODRIGUES MICHELIN

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO  
ÚTERO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS  
2012

ISABELA SCHURHAUS HYEDA  
JAMILA GABRIELA MARCHI  
SAMANTA RODRIGUES MICHELIN

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO  
ÚTERO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso referente à disciplina Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

Supervisor: Enf<sup>º</sup> Roberto Antonio Ferreira da Cunha

FLORIANÓPOLIS

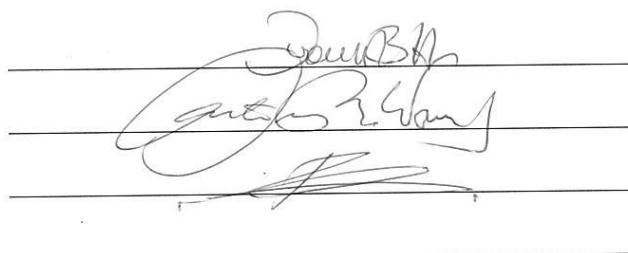
2012

Isabela Schurhaus Hyeda  
Jamila Gabriela Marchi  
Samanta Rodrigues Michelin

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE  
COLO DO ÚTERO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE  
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

**Banca Examinadora**

The image shows three handwritten signatures in black ink, each placed on one of the four horizontal lines of a grid. The first signature is at the top, the second in the middle, and the third at the bottom. The lines are evenly spaced and extend across the width of the signature area.

Florianópolis, de julho de 2012.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3231.9480 - 3231.9399 Fax (048) 3231.9787

**DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**  
**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE**  
**CONCLUSÃO DE CURSO**

O trabalho intitulado "Consulta de Enfermagem na Prevenção do Câncer de Colo do Útero: Percepção das mulheres sobre Promoção de Saúde", das alunas Gabriela S. Hyeda, Janiele Gabriela Marchi e Janete Rodrigues Micheli foi aprovado pela Banca Examinadora com menção honrosa.

Foi ressaltado a relevância do Trabalho para a promoção de saúde das mulheres e a sua percepção enquanto sujeitos e que possam impulsionar mudanças no seu cotidiano. Além disso, destacou-se que o Trabalho estimula a participação das mulheres no Centro de Saúde. Sugere-se a publicação dos resultados em artigos científicos.

Parabenizo as alunas pelo excelente Trabalho e a capacidade de desenvolver o trabalho de prevenção de câncer de colo do útero para as mulheres no Preventivo do Câncer.

Trabalhistas

*Dedicamos este trabalho a todas as mulheres com câncer de colo do útero. Mulheres estas que mesmo fragilizadas pela batalha diária contra a doença, permanecem firmes na luta pela cura.*

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente agradecemos a Deus, nosso criador, por ter iluminado nossos passos ao longo dessa caminhada, ter nos dado força para não desanimar e saúde para continuar lutando por um futuro melhor.

Ao Centro de Saúde, pela forma como nos acolheu, possibilitando a realização de nosso trabalho. Muito obrigada a todos os funcionários, em especial a dentista Cláudia e a TSB Roselene, por terem nos ajudado nos momentos em que precisávamos e pelas palavras de motivação. E, não menos importante, aos usuários e a todas as mulheres que participaram deste estudo. Vocês enriqueceram este estudo e nossa formação profissional.

Ao nosso supervisor Roberto A. Ferreira da Cunha, pela atenção, receptividade e pelas lições ensinadas durante o estágio, que vão além de conhecimentos teórico-práticos necessários para nossa vida profissional. Podemos dizer que para nós você foi quase como um pai ao longo dos dias de estágio, nos acolhendo de forma tão carinhosa e gentil.

À nossa orientadora Professora Dra. Ivonete T. S. Buss Heidemann, por acreditar em nossa capacidade, pela paciência e por nos auxiliar ao longo do trabalho, nos motivando durante as orientações. Obrigada por se mostrar sempre disponível, por nos incentivar pela busca de conhecimento e pela confiança em nós depositada, sempre nos incentivando a superar novos desafios.

À nossa coorientadora Professora Dra. Rosane G. Nitschke pela sabedoria, pelo acolhimento e por sempre se manter disponível para nos ajudar, tanto em aspectos relacionados ao trabalhos, quanto fatores pessoais, mesmo durante a viagem que teve que fazer ao final do semestre.

Agradecemos ainda o Profº Dr. Antônio de Miranda Wosny, pelas suas palavras de sabedoria, contribuições e por ter aceitado participar da banca deste trabalho, colaborando para a conclusão deste trabalho.

Por fim agradecemos à Universidade, demais professores, colegas de turma e a todos que de alguma maneira contribuíram para que este trabalho de conclusão de curso se concretizasse.

**Isabela agradece,**

Á **Deus**, por estar presente em todos os momentos da minha vida e me guiar.

Aos meus pais, **Maria Zurilda Schurhaus Hyeda** e **Pedro Luiz Hyeda**, pelo amor e carinho dedicados. Meus queridos, vocês são meu alicerce. Obrigada pelo estímulo, paciência e compreensão durante esta caminhada. Amo vocês!

Ao meu irmão, **André Schurhaus Hyeda**, pelos momentos de descontração e parceria.

Aos meus avós de coração, **Liciomar Francisca Rosa de Freitas** e **Haroldo Rosa de Freitas** (*in memoriam*), que fazem parte dos tempos felizes de infância e das sempre esperadas férias de verão. Agradeço a minha avó também pelo apoio e incentivo, sendo a principal responsável pela escolha desta linda profissão.

Aos meus avós paternos, *in memoriam*, **Dirce Gonçalves Hyeda** e **Sentaro Hyeda**, por todo afeto concedido.

As acadêmicas e amigas, **Jamila Gabriela Marchi** e **Samanta Rodrigues Michelin**, pois, foram também responsáveis pela construção deste trabalho, com esforço e competência. Obrigada pela amizade e pela vivência que obtivemos juntas durante todos esses anos.

Á todos os meus amigos e amigas, que trouxeram alegria e boas risadas. Agradeço também a todos que participaram direta e indiretamente desta jornada que se concretiza, para seguir, a partir de agora, como enfermeira!

**Jamila agradece,**

À **Deus**, por estar sempre comigo, me iluminando, protegendo e dando força nos momentos em que quase caí. Obrigada, meu querido Deus!

Aos meus pais **Ana Maria** e **Sinesio Marchi**, qualquer coisa que eu dissesse seria pouco para agradecer tudo o que vocês fizeram por mim. Obrigada primeiramente por terem me dado a

vida, por ser minha referência, meu alicerce, exemplos de determinação e força. Agradeço por todo amor, carinho, apoio, compreensão que me deram, sempre me incentivando a não desistir dos meus objetivos. Obrigada pela confiança e por sempre fazerem por mim tudo que estava ao alcance de vocês. Vocês são os grandes responsáveis por mais esta etapa que estou concluindo. Muitíssimo obrigada! Amo-os muito!

Às minhas irmãs **Ana Paula Marchi e Rafaela Caroline Marchi**, os “amorzinhos da minha vida”. Minhas queridas, vocês são imensamente especiais pra mim, minhas preciosidades. Obrigada por serem as minhas melhores amigas, por eu poder dividir tudo com vocês, por me ajudarem sempre quando precisei, pelos momentos divertidos, por compartilhar minhas tristezas, por simplesmente estarem do meu lado “pro que der e vier”. Eu amo muito vocês!

Ao meu namorado **Leonardo Silveira Dall Agnol**, pela compreensão, amor, companheirismo e apoio. Mesmo estando distantes em grande parte do tempo, obrigada pelos ótimos momentos que passamos juntos e pelas palavras de carinho. Sempre estas comigo em meus pensamentos e coração, seu amor e incentivo me fortalecem e me ajudam a enfrentar as dificuldades que encontro no caminho. Obrigada por fazer parte da minha vida! Eu te amo demais!

Aos meus avós maternos **Adelino Fagundes e Valdemira Kamers Fagundes**, pelo amor, carinho e incentivo que me deram. Vocês são grandes exemplos de vida pra mim! Obrigada de coração!

Aos meus avós paternos **Octávio Marchi** (*in memoriam*) e **Frida Esser Marchi**, pelo cuidado e preocupação que tiveram comigo desde a minha infância. Obrigada por tudo!

Aos demais familiares, pelo incentivo e atenção durante a minha trajetória. Agradeço também à família “**Silveira e Dall Agnol**”, pelo apoio, preocupação e pelos bons momentos passados. Muito obrigada!

À professora **Ivone Teresinha Schülter Buss Heidemann**, que além de orientadora, esteve presente em minha vida acadêmica desde o início da graduação. Obrigada por todos estes anos, por compartilhar seus conhecimentos, pela preocupação, compreensão e pela doçura com que sempre me tratou. És para mim um exemplo de ser humano, obrigada de coração!



Ao **grupo de pesquisa NEPEPS**, pelo acolhimento, contribuições, conhecimentos adquiridos e pelas amizades construídas. Vocês são muito especiais, obrigada!

Às minhas companheiras de curso e amigas **Isabela Schurhaus Hyeda e Samanta Rodrigues Michelin**. Obrigada por todos os momentos que passamos juntas, não apenas na vida acadêmica. Ao longo desse tempo pudemos compartilhar momentos de alegria e tristeza, sendo que a presença de vocês foi essencial para esta caminhada. Muito obrigada pela amizade, vocês são pessoas muito especiais pra mim.

Aos meus amigos, pelo incentivo e momentos de descontração e felicidade proporcionados. Obrigada por torcerem por mim e por tornarem minha vida mais alegre!

Enfim, minha gratidão a todos que de alguma forma contribuíram, ajudaram e compartilharam dessa ocasião especial em minha vida. Muito obrigada!

**Samanta agradece,**

Primeiramente agradeço à **Deus** pela minha vida, por todas as graças concebidas e por estar sempre ao meu lado, em especial nas horas difíceis.

Aos meus pais, **Sérgio e Zenir**, por terem me concebido ao mundo com tanto amor e carinho, e pela dedicação que tiveram ao longo desses anos, estando ao meu lado em cada momento de minha vida. É graças a vocês que hoje completo esta etapa importantíssima de minha vida. OBRIGADA!

Agradeço ao meu irmão **Eduardo** pelo apoio, pelo incentivo e por toda a ajuda prestada nos momentos em que solicitei. Muito Obrigada!

Ao meu namorado **André** pelo companheirismo, pela paciência e por seu amor. É certo que não há palavras para descrever o quanto você é importante para mim e o quanto o seu amor me dá forças para enfrentar todas as dificuldades que a vida coloca em nosso caminho. Você pode ter estado longe de mim fisicamente nesse último semestre, mas sua presença sempre se manteve fortalecida em meu coração. Beijos, eu te amo muito!

Aos meus queridos amigos, por todos os momentos de descontração, felicidade e pelas palavras animadoras prestadas nos momentos tristes. Obrigada por tonarem minha vida melhor e mais divertida!

Agradeço à professora **Rosane** que sempre foi e sempre será uma pessoa muito especial pra mim e um exemplo de pessoa e profissional. Obrigada por ser essa pessoa maravilhosa e prestativa que você é. Felicidades sempre e um abraço no coração!

Às minhas colegas de faculdade e TCC **Jamila** e **Isabela** por terem me aceitado em seu grupo. Sinto-me grata por todos os momentos bons que passamos, e pelos ruins também, pois serviram de aprendizado. Certamente não poderia ter estado em um grupo melhor. Muito Obrigada meninas!

Agradeço a todos que passaram pela minha vida nesses anos de faculdade e que, mesmo sem saber, deixaram seus ensinamentos e suas lembranças para minha vida. Desejo a todos muitas felicidades e sucesso. Obrigada!

HYEDA, I.S; MARCHI, J.G; MICHELIN S.R. **Consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero: percepção das mulheres sobre promoção da saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

## **RESUMO**

Este relatório trata-se de uma pesquisa desenvolvida como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É um estudo de abordagem qualitativa e teve como objetivo identificar a percepção das mulheres a respeito das ações de promoção da saúde realizadas durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero em um Centro de Saúde de Florianópolis. Como metodologia utilizou-se o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, através do desenvolvimento de Círculos de Cultura. Foram realizados 04 (quatro) círculos de cultura, no período de março a junho de 2012. Os sujeitos da pesquisa foram mulheres pertencentes as 03 (três) Equipes de Saúde da Família, na faixa etária de 26 a 59 anos e que já haviam realizado a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero. Na investigação, selecionaram 08 (oito) temáticas significativas, das quais 04 (quatro) foram codificadas/descodificadas. Os dados colhidos foram analisados à luz do referencial teórico da Promoção da Saúde. A interpretação dos mesmos nos mostrou que as mulheres possuem um conceito amplo de saúde e conseguem identificar ações de promoção da saúde realizadas na consulta. Foram destacadas questões relativas à cultura, autoestima, sexualidade e as informações durante a consulta do preventivo. Faz-se necessário entender a importância do diálogo no momento de interação entre o profissional enfermeiro e a mulher, levando em consideração suas dimensões biológicas, ambientais, sociais, emocionais e espirituais. Consta no relatório: introdução; objetivo; revisão de literatura; referencial teórico; metodologia; resultados, sendo este capítulo apresentado sob forma de artigo; considerações finais; referências; anexos; e apêndice.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde; Mulher; Câncer de Colo do Útero.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CEC** – Centro de Educação Complementar

**CS** – Centro de Saúde

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**HPV** – Papilomavírus Humano

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**INCA** – Instituto Nacional de Câncer

**IUHPE** - International Union for Health Promotion and Education

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde

**SISCOLO** – Sistema de Informações do Câncer de Colo do Útero

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFSC** – Universidade Federal de Santa Catarina

**URSS** – União Soviética

**WHO** - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>16</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1. Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família.....	17
3.2. Câncer de Colo do Útero.....	20
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
4.1. Promoção da saúde.....	23
4.1.1. As Cinco Principais Estratégias da Promoção da Saúde.....	25
4.1.2. Política Nacional de Promoção da Saúde.....	28
4.2. A mulher e a Promoção da Saúde.....	29
<b>5. MÉTODO.....</b>	<b>34</b>
5.1. Círculos de Cultura.....	34
5.2. Itinerário Freireano.....	35
5.3. Local da Pesquisa.....	38
5.3.1. Contextualização do bairro.....	38
5.3.2. Contextualização do Centro de Saúde (CS).....	39
5.4. Participantes da pesquisa.....	42
5.5. Coleta de dados.....	43
5.6. Análise dos dados.....	44
5.7. Aspectos Éticos.....	45
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>72</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A definição de doença teve mudança significativa a partir dos anos 70, pautada no conceito de promoção da saúde, que tem como seu marco referencial o Relatório Lalonde, idealizado em 1974 pelo governo canadense, sendo um memorando publicado pelo Ministério de Bem Estar e Saúde que propõe um conjunto de ações para intervir em situações que levam à ausência de condições saudáveis. Estas linhas de atuação propostas estão interligadas e apontam quatro eixos e suas influências na situação saúde-doença: “ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde” (CARVALHO, 2004, p. 1089).

Porém, em continuidade, na década de 80, tivemos a explanação de novas idéias, conceitos e caminhos, pela limitação da linha behaviorista da promoção da saúde (de caráter restritivo, culpabilizando o usuário) que levaram a novas iniciativas (CARVALHO, 2004).

Em 1978, surgiu a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, após reunião em Alma-Ata, no Cazaquistão, que apelou para a necessidade de mobilização nacional e internacional urgente, visando proteger e promover a saúde como um direito humano inquestionável e que requer ação de setores sociais e econômicos, não vinculado somente ao setor saúde (WHO, 1978).

A Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, no Canadá, em 1986, ressalta os pressupostos de Alma-Ata, sabendo que está foi a precursora da Atenção Básica, evidenciando a equidade, educação, justiça social, a paz, o salário digno, habitação, saneamento, sustentabilidade dos recursos naturais e a estabilidade do ecossistema como pré-requisitos essenciais para a saúde da população (CARVALHO, 2004).

A partir de então, começou a ser trabalhada a compreensão da promoção da saúde, a qual tem sido definida como um processo que procura possibilitar a indivíduos e comunidades a ampliação do controle sobre os determinantes de saúde, para que consigam melhorar sua saúde. Este processo representa um conceito unificador, onde se reconhece a necessidade de mudança nos modos e condições de vida, buscando a promoção da saúde (WHO, 1986).

Como eixos de suas estratégias e ações, recomendam-se “a constituição de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes sustentáveis; a reorientação dos serviços de saúde;

o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias” (CARVALHO, 2004, p. 1089).

A promoção da saúde busca então a capacitação das comunidades, para que atuem na melhoria da qualidade de vida e saúde da mesma. Para atingir o bem-estar físico, mental e social, as pessoas e grupos necessitam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar o ambiente de maneira favorável. A saúde deve ser percebida como um recurso para a vida, sendo um conceito positivo que destaca os recursos sociais, pessoais e as potencialidades físicas. Desse modo, a promoção da saúde não é responsabilidade apenas do setor saúde, e vai além de um modo de vida saudável, na direção de um bem-estar integral (WHO, 1986).

A saúde pode ser considerada o maior recurso para o desenvolvimento pessoal, social e econômico, sendo essencial também para a qualidade de vida. Alguns fatores, como, por exemplo, os fatores econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, podem tanto beneficiar quanto prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde têm o objetivo de fazer com que estas condições citadas se tornem cada vez mais benignas (WHO, 1986).

A promoção da saúde propõe a igualdade de oportunidades e apresenta maneiras que permitam a todos os indivíduos realizar seu potencial de saúde de forma completa, tendo a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Os profissionais, grupos sociais e equipes de saúde da família são responsáveis por colaborar na mediação dos diferentes interesses existentes na sociedade relacionados à saúde (CASARIN, PICOLLI, 2011).

É preconizado pelo Ministério da Saúde que os profissionais da Atenção Básica, dentre eles o enfermeiro, que é responsável por grande parte das consultas de prevenção do câncer de colo do útero, atuem também em ações voltadas para promoção da saúde. Dentre as áreas de interesse na promoção da saúde da mulher, estão as estratégias para detectar e prevenir doenças, como é o caso do exame preventivo de câncer de colo do útero (CASARIN, PICOLLI, 2011).

Neste intuito, de acordo com Brasil (2010), vale considerar que a população feminina tem suas próprias metas de saúde e comportamentos, que são preponderantes quando falamos em promover saúde. Ações que atuem sobre os determinantes sociais e promovam qualidade de vida são essenciais para melhorar a saúde da população e controlar doenças e agravos. O

acesso da população a informações claras, coerentes e culturalmente adequadas para cada território deve ser uma proposta dos serviços de saúde em todos os níveis.

O desenvolvimento de habilidades e atitudes favoráveis à saúde em todas as fases da vida encontra-se na promoção da saúde. Para isso, é necessária a divulgação de informações sobre educação para a saúde, além de identificar o que os indivíduos, neste caso as mulheres, conhecem a respeito do que lhes é oferecido quando procuram os serviços de saúde, mas especificamente durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero, fazendo com que compreendam a importância desta estratégia para a promoção da sua saúde, melhorando o serviço oferecido, bem como a qualidade no atendimento e acolhimento dos profissionais às mulheres (CASARIN, PICOLLI, 2011).

O câncer de colo do útero, como o segundo mais frequente e o quarto responsável pela morte das mulheres no Brasil, reporta à necessidade de ações de identificação precoce, que dão quase 100% de chance de cura se houver o tratamento adequado (INCA, 2011). No cenário nacional, a região sul aparece em destaque, surgindo como o terceiro com maior incidência da doença no país.

Os altos níveis de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil demonstram a necessidade da implantação de estratégias para o controle da doença, que incluem não apenas ações de prevenção e detecção precoce, mas também ações de promoção à saúde. Para isso é de fundamental importância a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica para a atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 2006).

A essencialidade da detecção precoce, através do exame preventivo do câncer de colo do útero, leva em consideração o contexto de vida, que interfere diretamente no cuidado à saúde da mulher. Para tanto, a eficácia está intimamente ligada não somente às ações de prevenção, mas também de promoção da saúde durante as consultas, que são principalmente realizadas pelo enfermeiro.

Neste sentido, a percepção da mulher a respeito dessas ações, incorporando o cuidado e, desta forma, identificando a promoção da sua saúde, vem como foco de investigação para nortear a eficácia desta relação.

Entendendo a saúde em um conceito amplo, foi a partir do 5º semestre do nosso curso de graduação em enfermagem que tivemos o primeiro contato com a saúde da mulher. A partir deste semestre, começamos a englobar as políticas e o cuidado realizado a este público, contando com a nossa participação em consultas de prevenção do câncer de colo de útero, que



pudemos também realizar nos semestres que se seguiram. Percebemos que a consulta do preventivo conduzida pelo enfermeiro é um espaço importante de interação entre a usuária e o profissional, podendo ser utilizada para a realização de ações de promoção da saúde, além da prevenção de doenças.

Sabendo que a promoção da saúde da mulher é um tema atual e de grande relevância, nossa proposta foi observar como esta é vivenciada e qual conduta se espelha no cotidiano feminino. Dentro da perspectiva de promoção da saúde, realizamos nosso estudo com o objetivo de conhecer como a mesma é abordada na consulta de enfermagem para prevenção do câncer de colo do útero, sob a percepção das mulheres que participaram dessas consultas.

Diante do exposto levantamos o seguinte questionamento base para a realização de nossa pesquisa: “Como a promoção da saúde está sendo percebida pelas mulheres durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero de um Centro de Saúde de Florianópolis?”

## **2. OBJETIVO GERAL**

Conhecer a percepção das mulheres sobre a promoção da saúde durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero de um Centro de Saúde de Florianópolis.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

O Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou sua implantação a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pelas Leis Orgânicas de Saúde – Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, que detalham o funcionamento do sistema. O SUS garante o acesso gratuito aos serviços públicos de saúde para toda a população brasileira (BRASIL, 2011).

Antes do surgimento do SUS, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social, o restante da população era atendida apenas em serviços filantrópicos (BRASIL, 2010).

Na Constituição Federal Brasileira de 1988 no capítulo VIII, da Ordem social, e na seção II referente à Saúde, artigo 196 versa que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Apesar de a nova constituição ter iniciado seu exercício em 1988, a regulamentação do SUS foi realizada através das Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. E a lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 2000).

O SUS representa uma nova concepção da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida apenas como a ausência de doença, fazendo com que tudo girasse em torno da cura dos agravos à saúde. Essa lógica deu lugar a uma nova noção, centrada na promoção da saúde e na prevenção dos agravos. A saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, que é formada por um conjunto de fatores como a alimentação, trabalho, nível de

renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, moradia, lazer, entre outros (BRASIL, 2006).

Como retratado, o SUS preconiza, dentre outras funções, a promoção da saúde. Sendo assim, a Atenção Básica integra a rede como responsável pela manutenção da saúde, com bases na promoção; e como, preferencialmente, a primeira porta de entrada, orientando-se pelos princípios da acessibilidade ao sistema, universalidade, equidade, integralidade, continuidade, humanização, vínculo e participação social (BRASIL, 2006).

Pautada nos princípios do SUS, a Atenção Básica e a Saúde da Família são reconhecidas internacionalmente. A organização destas deve acontecer através do trabalho interdisciplinar, por meio da responsabilização das Equipes de Saúde da Família (Estratégia de Saúde da Família/ESF) por um dado território, com foco na família, intermediada pelo vínculo profissional-usuário estabelecido para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde, por meio de um conjunto de ações de saúde, de caráter individual e coletivo (BRASIL, 2006).

A ESF foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde e surge como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde e como marco estruturante para reorganização da prática assistencial, para que seja produzida uma nova dinâmica nos serviços de saúde, sendo estabelecida uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando a prática, direcionando a vigilância à saúde e considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (2011), a Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, estabelecido pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Sua velocidade de expansão, com um crescimento expressivo nos últimos anos, comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Para que esta estratégia seja realmente consolidada, deve ocorrer a real substituição da rede básica de serviços tradicionais pela capacidade de produzir resultados positivos na qualidade de vida e nos indicadores de saúde da população acompanhada.

Os integrantes das equipes de Saúde da Família devem buscar a comunicação e a troca de experiências e conhecimentos permanente entre si. As equipes são, no mínimo, compostas por um médico de família, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando a equipe é ampliada, possui ainda um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe é responsável pelo

acompanhamento de 4 mil habitantes no máximo, sendo recomendado a média de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde das mesmas (BRASIL, 2011).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é considerado atualmente como parte da Saúde da Família. Nos municípios onde existe apenas o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família (BRASIL, 2011). “No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde” (BRASIL, 2006).

A atuação das equipes de Saúde da Família acontece principalmente nas unidades básicas de saúde, nas moradias e na mobilização da comunidade. São caracterizadas como a porta de entrada de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado; possuindo um território e uma população definidos sob a sua responsabilidade; intervindo sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; prestando assistência integral, permanente e de qualidade; e realizando atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Além disso, são responsáveis por criar vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; incentivar a organização das comunidades para por em prática o controle social das ações e serviços de saúde; usar os sistemas de informação para o monitoramento e planejamento de ações; entre outros (BRASIL, 2011).

Neste cenário, o câncer de colo do útero é visto como um dos desafios para se alcançar a integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica, destacando a promoção da saúde, a detecção precoce, os procedimentos para a coleta do exame, o diagnóstico, o tratamento e a continuidade do cuidado, fazendo-se necessário a tomada de decisão e responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento à mulher (BRASIL, 2006).

Como modelo inovador, a ESF está fundamentada em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro. Entretanto, sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde (MACHADO *et al*, 2007).

### 3.2. Câncer de Colo do Útero

O câncer de colo do útero ocorre pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou distantes. Existem duas categorias principais de carcinomas invasores do colo do útero, que dependem da origem do epitélio envolvido: o carcinoma epidermóide, que é o tipo mais comum e atinge o epitélio escamoso (cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, que é menos freqüente e ataca o epitélio glandular (10% dos casos) (INCA, 2011).

Trata-se de uma doença de progressão lenta, podendo não apresentar sintomas na fase inicial e evoluir para casos de sangramento vaginal intermitente ou depois da relação sexual, secreção vaginal anormal, dor abdominal com presença de queixas urinárias ou até intestinais nos quadros mais avançados (INCA, 2011).

São considerados fatores de risco para a doença, segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA (2011), o Papiloma Vírus Humano (HPV), o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais. Outras condições de vida, ligadas ao sedentarismo, à alimentação e a sobrecarga de trabalho e de responsabilidades (cuidando da família e inseridas no mercado de trabalho) também interferem na situação de saúde-doença das mulheres (BRASIL, 2006).

Os dados epidemiológicos mostram que, a cada ano, surgem aproximadamente 530 mil casos de câncer de colo do útero em todo o mundo, sendo o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, causador de 274 mil óbitos por ano (INCA, 2011).

No Brasil, é o segundo mais incidente entre a população feminina, onde foi estimado que em 2010 houvesse 18.430 novos casos desta neoplasia, com aproximadamente 18 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2007, o câncer de colo do útero foi a quarta causa de morte por câncer em mulheres (4.691 óbitos) (INCA, 2011).

As taxas de incidência e de mortalidade no Brasil, quando comparadas aos países em desenvolvimento, apresentam valores intermediários. Mas são altas quando comparadas a países desenvolvidos, que possuem programas de detecção precoce bem estruturados. Os países com as menores taxas são os europeus, os Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália, enquanto que os valores mais altos estão na América Latina e principalmente nas regiões menos favorecidas da África. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais

de 80% dos casos de câncer de colo do útero acontecem nos países em desenvolvimento, que reúnem 82% da população mundial (INCA, 2011).

Analisando o território nacional, sem considerar os casos de tumor de pele não melanoma, o câncer de colo do útero é o mais incidente na Região Norte, que ocupa o primeiro lugar com 23 casos por 100 mil mulheres. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, com 18 casos por 100 mil e 20 casos por 100 mil mulheres, respectivamente, encontram-se na segunda posição, e nas regiões Sudeste (21 casos por 100 mil mulheres) e Sul (16 casos por 100 mil mulheres) o câncer de colo do útero é o terceiro mais incidente (INCA, 2011).

De acordo com informações do INCA (2011), em mulheres de até 30 anos o câncer de colo do útero é raro. Sua incidência aumenta progressivamente até ter seu ápice na faixa de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta sucessivamente a partir da quarta década de vida, com diferenças regionais significativas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento). O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável (INCA, 2011, pg 05).

A incidência e a mortalidade por câncer de colo do útero podem ser diminuídas com programas de rastreamento organizados. Nos países desenvolvidos foi alcançada uma expressiva diminuição na morbimortalidade pela doença depois da implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960 (INCA, 2011).

O rastreamento do câncer de colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma *in situ*), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer (INCA, 2011, pg 06).

O teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) é o principal método e o mais amplamente utilizado para a detecção do câncer de colo do útero. Por meio da cobertura da população-alvo de pelo menos 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos onde há alteração, seria possível reduzir, em média, de 60 a 90% a ocorrência do câncer cervical invasivo. Através da experiência de alguns países desenvolvidos, foi observado que a incidência do câncer de colo do útero foi diminuída em

torno de 80% “onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres” (INCA, 2011).

No Brasil, as práticas de prevenção do câncer de colo do útero ainda representam um desafio à Saúde Pública. As razões para explicar este problema são as mais variadas, entre elas os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde. Além disso, é preciso estar atento aos motivos que influenciam na decisão da mulher em realizar ou não o exame de prevenção ao câncer de colo do útero, como por exemplo causas ligadas a tabus, valores culturais e a própria sexualidade (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Nas consultas de preventivo do câncer de colo do útero, além das ações de prevenção e detecção precoce, são recomendadas pelo Ministério da Saúde as ações de promoção à saúde da mulher. Essas ações devem atuar sobre os determinantes sociais e promover a qualidade de vida, garantindo assim a melhoria da saúde. A promoção da saúde é uma estratégia fundamental, devendo atingir a maior parte possível da população feminina, sendo o primeiro passo para a redução da morbimortalidade por câncer ginecológico (BRASIL, 2006).



## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1. Promoção da Saúde

A promoção da saúde teve sua primeira definição no século XIX, e interligava a saúde diretamente com as condições de vida, mantendo-se este pensamento também no século XX como resposta à cultura da medicalização do indivíduo. O conceito tradicional de promoção da saúde, como elemento do nível primário de atenção da medicina preventiva, foi definido a partir do modelo de Leavell & Clark na década de 40, sendo modificado nos últimos 25 anos com o surgimento de novas correntes, principalmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental (HEIDEMANN et al., 2006).

Na década de 70, a promoção da saúde se destaca como uma “nova concepção de saúde” em âmbito internacional, sendo considerada uma estratégia efetiva para a melhoria da saúde e qualidade de vida e surgindo como produto de uma mudança na maneira de pensar provocada pelo Relatório Lalonde (Canadá, 1974). Fatores sociais e ambientais e estilos de vida começaram a ser considerados importantes determinantes da saúde (WHO, 2001).

O Informe Lalonde serviu como impulsionador para a inserção de novas políticas sanitárias em outros países, como a Inglaterra e Estados Unidos, além de servir como base para a então União Soviética (URSS) na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, no Cazaquistão, em Alma-Ata no ano de 1978. O relatório de Alma-Ata reforçou a proposta de “Saúde para todos no ano de 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária da Saúde” (HEIDEMANN et al., 2006).

Desta forma, nos anos 80, a promoção da saúde volta a ser discutida á luz de um novo olhar, onde a “nova promoção da saúde” envolve os determinantes sociais (HEIDEMANN et al., 2006). E neste contexto recomenda-se:

O fortalecimento dos serviços comunitários, políticas públicas saudáveis e o favorecimento da participação popular. Emprega os conceitos de desenvolvimento comunitário e empowerment como elementos-chave para alcançar saúde (HEIDEMANN et al., 2006, pg. 354).

Em 1986, aconteceu a Iª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa – Canadá, sendo fundamental para a ampliação e abrangência do conceito tradicional de saúde (WHO, 2001).

A Carta de Ottawa surge como resposta às expectativas por uma nova saúde pública e define a promoção da saúde como:

processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde considerando que este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando a promoção da saúde (WHO, 1986).

Além disso, define que as principais estratégias da ação promotora de saúde são: a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais (WHO, 2001).

A promoção da saúde deve ser compreendida de maneira ampliada, como uma forma de fazer saúde, onde as pessoas são vistas em sua autonomia, em seu contexto de vida, sendo capazes de progredir do individual para o coletivo, transformando sua condição de vida (HEIDEMANN, 2011). Não deve ser encarada como uma solução rápida, mas sim como um processo. Seu objetivo, muitas vezes, é alcançar um efeito em longo prazo. Visa à participação das pessoas e da comunidade para a melhoria da sua qualidade de vida (WHO, 2001). “A promoção eficaz da saúde fortalece as habilidades e as capacidades dos indivíduos, das organizações e das comunidades para influenciar e melhorar os determinantes da saúde” (WHO, 2001, pg. 02).

A saúde é um recurso importante para desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como para o alcance da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, comportamentais, biológicos e comportamentais podem atuar tanto no favorecimento quanto no prejuízo à saúde. Sendo assim, as ações de promoção da saúde surgem para que as condições citadas sejam cada vez mais favoráveis à saúde (WHO, 1986).

Além disso, as ações de promoção da saúde objetivam o alcance da equidade, reduzindo as diferenças na situação de saúde da população e garantir oportunidades e recursos para que os indivíduos consigam realizar de forma completa o seu potencial de saúde (WHO, 1986). “Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia” (WHO, 1986, p. 02).

Nos últimos anos a promoção da saúde já forneceu provas de sua eficácia para a melhoria da saúde e qualidade de vida, através da utilização das suas estratégias. Apesar

disso, a promoção da saúde ainda não é um recurso utilizado de maneira satisfatória, sendo necessário o compromisso para o planejamento e cumprimento de ações para a promoção da saúde, permitindo assim que os indivíduos e comunidades possam trabalhar com as condições de saúde e aumentar a equidade na saúde (WHO, 2001).

Após a Conferência de Ottawa, várias outras conferências internacionais e regionais surgiram discutindo a temática da promoção da saúde, dando seguimento à suas vertentes.

Atualmente, segundo Lopes et al (2012), a promoção da saúde é vista no mundo todo como um componente de importância na política e nos programas públicos, que buscam equidade e melhoria na saúde de todos. Dentre os seus objetivos podemos destacar: a identificação de prioridades de saúde e o estabelecimento de políticas públicas para sua implementação, a execução dos planos de ação voltados para a qualidade de vida, o apoio de pesquisas que aumentem o conhecimento das áreas prioritárias e a mobilização de recursos que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o seu desenvolvimento (LOPES et al, 2012).

Percebemos ainda a necessidade de intensificar a realização das ações de promoção na rotina dos serviços de saúde, promovendo a autonomia dos usuários e profissionais, para que juntos percebam a saúde como resultado das condições de vida, proporcionando o desenvolvimento social com maior equidade (HEIDEMANN, 2006).

#### **4.1.1. As Cinco Principais Estratégias da Promoção da Saúde**

A Carta de Ottawa propõe cinco estratégias principais para a Promoção da Saúde:

##### **Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis**

As políticas públicas saudáveis se manifestam por diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, além de ações coordenadas que fazem referência para a equidade da renda e políticas sociais (BUSS, 2003)

Segundo a Declaração de Adelaide de 1988 (BRASIL, 2002), as políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos no campo das políticas públicas relacionadas à saúde e a equidade e pelos compromissos com o impacto dessas políticas sobre a saúde da população. O principal propósito é a criação de ambientes

favoráveis, para que as pessoas possam viver de forma saudável, facilitando acesso a opções saudáveis de vida para a população, criando ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde.

A saúde deve estar presente na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem ter consciência dos efeitos que suas decisões e responsabilidades podem ocasionar (BRASIL, 2002). Além disso, a Carta de Ottawa (1986) sugere a necessidade de adotar uma postura de natureza intersetorial como um dos objetivos da nova promoção da saúde para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde. A intersetorialidade surge como uma nova proposta de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

A identificação e a remoção de obstáculos para a implementação de políticas públicas saudáveis também nos setores que não estão ligados diretamente à saúde é necessária para o êxito da política de promoção da saúde. O maior objetivo é fazer com que os dirigentes e políticos percebam que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar (WHO, 1986).

### **Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde**

Esta estratégia para a promoção da saúde propõe a proteção do meio ambiente e a preservação dos recursos naturais, que devem estar presentes em qualquer estratégia de promoção da saúde. Para isto, é necessário o acompanhamento do impacto que as transformações no meio ambiente produzem na saúde. São sugeridas ações para o monitoramento de mudanças tecnológicas, do trabalho, da produção de energia e do processo de urbanização, pois afetam na saúde da população (WHO, 1986).

Sendo as sociedades complexas e inter-relacionadas, a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As ligações entre a população e seu meio-ambiente formam a base para uma abordagem socioecológica da saúde. É necessário estimular a ajuda recíproca, onde cada indivíduo, além de cuidar de si mesmo, deve cuidar do outro, de sua comunidade e do meio ambiente. A conservação dos recursos naturais do mundo deve ser enfatizada como uma responsabilidade global. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um impacto significativo sobre a saúde, pois esta mudança contribui para a constituição de uma sociedade mais saudável, proporcionando condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (WHO, 1986).

### **Reforço da Ação Comunitária**

A Carta de Ottawa enfatiza que as ações comunitárias serão efetivas se forem garantidas a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área – empowerment comunitário (BUSS, 2003).

A promoção da saúde trabalha por meio de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das ações prioritárias, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, no intuito de obter a melhoria das condições de saúde e o reforço da ação comunitária (WHO, 1986).

O reforço da participação popular nos assuntos relacionados à saúde requer que haja um constante acesso às informações, oportunidades de aprendizado sobre os assuntos de saúde e apoio financeiro adequado (WHO, 1986).

### **Desenvolvimento de Habilidades Pessoais**

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. É imprescindível a divulgação de informações sobre a educação em saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho, ou em qualquer espaço coletivo, sendo que diversas organizações devem se responsabilizar por estas ações (BUSS, 2003). É primordial capacitar as pessoas para o aprendizado durante a vida toda, preparando-as assim para as várias fases da existência, incluindo o enfrentamento de doenças crônicas (WHO, 1986).

Com o desenvolvimento de habilidade as populações aumentam as opções disponíveis para que consigam exercer maior controle sobre sua própria saúde (empowerment, agora no plano individual) e sobre o meio ambiente, bem como fazer escolhas que conduzam a uma saúde melhor (WHO, 1986).

### **Reorientação do Sistema de Saúde**

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser partilhada entre as pessoas, grupos, comunidades, profissionais, instituições e governos. É necessário

trabalhar em conjunto para a criação de um sistema que contribua para o aumento do nível de saúde. (WHO, 1986).

Para a reorientação dos serviços de saúde, é necessário que estes adotem uma visão ampliada e intersetorial, respeitando as peculiaridades culturais individuais e coletivas, objetivando dessa forma, uma vida mais saudável à população (WHO, 1986)

Essa reorientação necessita também de uma atenção especial à pesquisa em saúde e de alterações na educação e formação dos profissionais desta área. Tal perspectiva deve levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é (WHO, 1986).

#### **4.1.2. Política Nacional de Promoção da Saúde**

No Brasil, a atenção à saúde tem investido na formulação, implementação e concretização das políticas de proteção, promoção e recuperação da saúde. Existe a conscientização de que é necessário a criação de um modelo de atenção à saúde que realize ações para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2010).

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu a Agenda de compromisso pela Saúde, que é constituída por três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto em Defesa da Vida, pois o mesmo é composto por um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades das três esferas do governo (federal, estadual e municipal), sendo que cada um tem sua responsabilidade definida (BRASIL, 2010).

Entre as prioridades do Pacto em Defesa da Vida, podemos destacar o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS, por meio do fortalecimento e qualificação da ESF; a promoção, informação e educação em saúde através da promoção de atividade física, hábitos saudáveis de alimentação e de vida; entre outros (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, foi implantada a Política Nacional de Promoção da Saúde mediante Portaria nº 687, de 30 de Março de 2006. A mesma foi proposta a partir da constituição, da legislação que regulamenta o SUS, das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde, com o propósito de enfrentar os desafios da produção de saúde em um cenário complexo e que necessita de constante reflexão e qualificação das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2010). Além disso, visa:

“promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, 2010).

Portanto, a promoção da saúde pode ser considerada como um mecanismo para o fortalecimento e implantação de uma política integrada, intersetorial e transversal, que promova o diálogo entre as áreas do setor sanitário, os setores do Governo, o setor privado e a sociedade, formando redes de compromisso e co-responsabilidade em relação à qualidade de vida da população, fazendo com que todos sejam participantes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2010).

#### **4.2. A mulher e a Promoção da Saúde**

Ao nos reportar a mulher e suas percepções perante as ações de promoção desenvolvidas na consulta de preventivo, é importante resgatar tais preceitos. O Ministério da Saúde, por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como diretriz filosófica e política, reporta para os princípios do SUS, envolvendo a descentralização, hierarquização, regionalização, equidade e participação social. A autonomia das mulheres, tendo maior controle da sua saúde (do seu corpo e da sua vida), bem como, as ações educativas estimulando o senso crítico das mulheres são previstas na sua linha de pensamento (BRASIL, 2011).

O Programa “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” foi organizado pelo Ministério da Saúde em 1983, tendo como finalidade predominantemente o controle da natalidade. Tem extrema importância principalmente ao incorporar o ideário feminista para a atenção à saúde integral e quando passa a definir as ações prioritárias de acordo com as necessidades da população feminina. O PAISM também trouxe princípios norteadores da reforma sanitária, a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social.

Além disso, propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. O conceito de assistência adota o cuidado com alto valor às práticas educativas, percebidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres.

Em meados de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL, 2010).

Em 1995, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade da criação de um programa nacional para controle do câncer de colo do útero, fazendo parceria com órgãos nacionais e internacionais para este fim, o que subsidiou o piloto do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Este piloto se chamou Viva Mulher, e foi implantado entre 1997 a 1998 em seis brasileiros, atendendo cerca de 124.440 mulheres, de 35 a 49 anos que não nunca haviam feito preventivo ou que estavam há mais de três anos sem fazê-lo.

Em junho de 1998 foi implantado o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero através da Portaria GM/MS nº 3040/98. Este programa visou a estruturação da rede assistencial, desenvolvimento de um sistema de informação para monitoramento e gerenciamento destas ações, assim como, definição das competências de cada uma das três esferas de governo. No ano de 1999 foi instituído o SISCOLO – Sistema de Informações do Câncer de Colo do Útero (INCA, 2009).

Tais ações promoveram o fortalecimento da qualificação da rede de atenção básica, bem como, a ampliação de centros de referência. A Política Nacional de Atenção Oncológica foi criada pelo Ministério da Saúde em 2005 e previu o controle do câncer de colo do útero como um componente essencial dos planos municipais e estaduais de saúde (INCA, 2009).

O Plano de Ação para o Controle do Câncer de Colo do Útero (2005-2007) trouxe seis diretrizes estratégicas: o aumento de cobertura da população-alvo, a garantia de qualidade, o fortalecimento dos sistemas de informação, o desenvolvimento de capacitações, estratégias de mobilização social e criação de pesquisas. A detecção precoce do câncer de colo uterino foi incluída no Pacto pela Saúde em 2006, através de indicadores e metas a serem alcançados nos estados e municípios para melhor desempenho das ações prioritárias (INCA, 2009).

Atualmente, o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero, tem como foco consolidar o rastreamento e monitoramento de ações preventivas e curativas nas três esferas do governo. No âmbito da prevenção, almeja-se a cobertura de, no mínimo, 80% da população alvo. O objetivo do programa está na diminuição da incidência, mortalidade e melhoria da qualidade de vida da mulher com câncer de colo do útero (INCA, 2009).

A consulta do preventivo com finalidade de detecção precoce é também um momento de troca. Considerar os tabus envolvidos nesta prática, os valores culturais e sociais, bem



como, sua própria sexualidade vão envolver o momento do exame (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Esta visão de saúde, norteadas no conceito de promoção, surge como política baseada na constituição federal de 1988, da legislação regulamentadora do SUS e das deliberações nas conferências nacionais de saúde (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), implantada no Brasil em 2006, veio em busca da incorporação de ações de promoção da saúde com ênfase na atenção básica, destacando as condições para promover a qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade de acordo com determinantes de saúde, tais como o ambiente, as condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, o acesso aos bens e serviços e modos de vida, como também a valorização da autonomia para alcance de um cuidado integral (BRASIL, 2010).

A prevenção dos agravos de saúde e condicionantes/determinantes de doenças também é pautada como objetivo específico da PNPS (BRASIL, 2010). Desta forma, voltando-se especificamente para a saúde da mulher e sua relação com o câncer de colo do útero, a consulta do preventivo necessita de um envolvimento real e um olhar além da doença em si para obter sua eficácia, considerando que o entendimento ampliado da concepção de saúde deve partir também dos trabalhadores de saúde, conforme preconizado na PNPS (BRASIL, 2010). Na interação da mulher e enfermeiro deve-se considerar a troca do saber popular e científico, e o uso, por parte do profissional, de metodologias participativas.

A primeira Conferência sobre a Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa (Canadá), em 1986 e visava contribuir para que se alcançasse Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. A Carta de Ottawa trouxe como eixos de suas estratégias e ações a constituição de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes sustentáveis; a reorientação dos serviços de saúde; o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias (BRASIL, 2002).

A partir desta conferência, já foram realizadas outras. Ao longo das conferências, foram incorporados novos elementos, dentre eles a ênfase em políticas relativas à saúde da mulher (BRASIL, 2002).

A Conferência de Ottawa impulsionou a realização de mais seis conferências, ocorridas em diferentes lugares do mundo, sendo elas: Conferência de Adelaide, Sundsvall, Jacarta, do México, de Bangkok e de Nairobi. Cada uma reuniu contribuições importantes e reforçou o conceito de Promoção da Saúde defendido em Ottawa, sendo evidenciadas

temáticas como o meio ambiente, reforço da ação comunitária, políticas públicas, entre outras. A partir disto, destacamos como cada Conferência promove a Saúde da Mulher, que é o foco principal desta pesquisa.

A segunda Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Adelaide (Austrália), em 1988, reafirmou as linhas de ação da Carta de Ottawa e elencou quatro áreas com prioridade para a realização de ações imediatas. Uma delas se refere ao apoio à saúde da mulher, que propôs que os países desenvolvessem planos nacionais para a realização de políticas públicas direcionadas à saúde da mulher e as designa as “principais promotoras da saúde em todo o mundo”. As propostas estavam relacionadas à igualdade de direitos na divisão do trabalho, parto com base nas preferências das mulheres, licença-maternidade, entre outros (BRASIL, 2002).

A Conferência Internacional de Sundsvall, realizada na Suécia, foi a terceira delas, sendo realizada em 1991. A mesma estabelece que um ambiente favorável é de extrema importância para a saúde e todos tem um papel importante na criação deste. Destaca que para criar um ambiente favorável e promotor de saúde, é necessário, dentre outros aspectos, “reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde” (BRASIL, 2002, pg. 42). Também salienta que a carga de trabalho das mulheres deveria ser reconhecida e partilhada entre homens e mulheres e que as organizações comunitárias de mulheres devem possuir voz forte para que sejam desenvolvidas as políticas e estruturas de Promoção da Saúde (BRASIL, 2002).

A participação da mulher também foi considerada essencial para a promoção da saúde na Declaração de Santa Fé de Bogotá, conferência que aconteceu na Colômbia, em 1992. Além disso, julgou-se necessário eliminar as iniquidades existentes em relação à mulher. Dentre os compromissos assumidos estão a proposta de eliminar os efeitos discriminatórios da injustiça sobre a mulher (BRASIL, 2002). “A participação da mulher, genitora de vida e bem-estar, constitui um elo indispensável na Promoção da Saúde na América Latina” (BRASIL, 2002, p. 47).

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em 1997, na cidade de Jacarta, República de Indonésia. Teve papel importante na reflexão do foi apreendido sobre a Promoção da Saúde e no que diz respeito à saúde da mulher propõe-se aumentar os investimentos para o desenvolvimento da saúde, referente à necessidade de certos

grupos, tais como mulheres, crianças, pessoas idosas, indígenas, pobres e marginalizadas (BRASIL, 2002).

Em 2000 foi realizada, na Cidade do México, a Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Foi elaborada, por parte dos ministros da saúde, uma Declaração referente a essa conferência, onde concluem que a Promoção da Saúde deve ser um elemento essencial das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para a população. Constatam a necessidade de abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo necessário fortalecer a participação de todos os setores da sociedade, para a implantação de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2002).

A Carta de Bangkok, proveniente da Sexta Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Bangkok – Tailândia, no ano de 2005, identifica ações, compromissos e promessas essenciais para atingir os determinantes da saúde em um mundo globalizado por meio da Promoção da Saúde. Projetos comunitários, grupos da sociedade civil e organizações de mulheres têm comprovado sua eficiência na Promoção da Saúde, possuindo modelos de práticas que outros grupos podem adotar (WHO, 2005).

A Sétima Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorre em Nairobi, no ano de 2009. Destaca-se como tema “Promover a saúde e o desenvolvimento: Quebrar as lacunas de implementação”, sendo que um dos apelos contemplados pelo Presidente Kibaki durante a abertura foi à situação da saúde materna. O chefe de Estado queniano salientou que uma mulher em estado de gravidez morre em cada minuto na Região Africana e solicitou à conferência que identifique meios para acelerar estratégias de consenso dirigidas à proteção da mãe e do recém-nascido.

No mês de Julho de 2010 aconteceu em Genebra, na Suíça, a Vigésima Conferência Mundial de Promoção da Saúde sob o tema Unir Forças Para a Saúde, Equidade e Desenvolvimento Sustentável. Destinou-se a construir pontes entre as áreas de Promoção da Saúde e do desenvolvimento sustentável e enfatizou o empoderamento das mulheres liderando a mudança social e cultural (IUHPE, 2010).

Observamos então, que a mulher sempre foi tema das conferências sobre a promoção da saúde, sendo considerada essencial tanto a sua participação, quanto a elaboração de políticas destinadas a elas, para que se possa melhorar a sua saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2002).

## **5. MÉTODO**

A pesquisa é de abordagem qualitativa, estando articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire.

A abordagem qualitativa procura aprofundar a investigação e responde a questões específicas e particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isto é, ela trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

A pesquisa qualitativa se articula com o pensamento Freireano, quando ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social, revelando o que está oculto, permitindo que as reflexões dos participantes os levem a desvendar novas propostas de ação sobre as realidades vividas (HEIDEMANN, 2006).

Para o desenvolvimento do estudo foi utilizado o Itinerário Freireano, tendo como Investigação Temática a percepção das mulheres sobre Promoção da Saúde, por meio dos Círculos de Cultura.

Por meio dos Círculos de Cultura obtemos os dados e as informações necessárias para desenvolvimento desta pesquisa, concomitante à participação dos sujeitos, utilizando o Itinerário de Pesquisa proposto pelo método Paulo Freire.

### **5.1. Círculos de Cultura**

De acordo com Barreto (1998), Freire transformava as salas de aula em fóruns de debate, conhecidos como Círculos de Cultura. Neles, os alfabetizandos aprendiam a ler as letras e o mundo, escreviam a palavra e sua própria história. Ao educador competia a função de conhecer o universo vocabular dos educandos, respeitar seu saber traduzido através da oralidade, por meio do diálogo constante com sua bagagem cultural.

No Círculo de Cultura, a rigor, não se ensina, mas sim se aprende com a reciprocidade de consciências; não há professor, no entanto, há um coordenador com função de ofertar as informações solicitadas pelos respectivos participantes e propiciando condições favoráveis para a dinâmica do grupo, com redução, ao mínimo, da sua intervenção direta no curso do diálogo (FREIRE, 2005).

O Círculo de Cultura é um método dinâmico que busca promover o processo de ensino e aprendizagem de uma infinidade de assuntos, questões do cotidiano como trabalho, cidadania, alimentação, saúde, política, religiosidade, cultura, entre outros. É um local propício para o exercício do diálogo. Os Círculos de Cultura visam um processo de ensino e de aprendizagem, independente do lugar onde aconteça (FREIRE, 2005).

Através da realização de Círculo de Cultura, proposto no Método Paulo Freire é possível levantar, problematizar e desvelar os temas, podendo ser situações conflitantes ou positivas para a consolidação da promoção da saúde pelas equipes de Saúde da Família (HEIDEMANN, 2006).

A ação e reflexão de educadores e educandos ao redor de situações existenciais, abordando temas como saúde, educação, cidadania e qualidade de vida, têm levado a realização de vários trabalhos com Círculo de Cultura na área da saúde, principalmente na Enfermagem (HEIDEMANN, 2006).

## 5.2. Itinerário Freireano

O Itinerário Freireano é constituído das seguintes etapas: Investigação Temática ou levantamento dos temas geradores, codificação e decodificação e Desvelamento Crítico. É importante destacar que este itinerário de pesquisa pode prosseguir em uma sequência não linear, onde as etapas se interrelacionam em um processo de construção constante (BARRETO, 1998).

Na etapa da **investigação temática ou levantamento dos temas geradores**, procura-se encontrar o universo dos temas vivenciados pelos participantes dos círculos de cultura, no seu meio cultural. A investigação dos principais temas, questões, assuntos da realidade que irão construir os temas geradores a serem problematizados. Um tema é gerador quando torna possível o processo de conhecimento, quando se mostra um estímulo. Quando usado no Círculo de Cultura, passa a ser uma fonte de motivação, porque lembram situações existenciais da realidade vivida pelos educandos (FREIRE, 1996).

Investigar o tema gerador é investigar o pensar dos homens referindo à realidade, é investigar como o mesmo atua sobre a realidade. Quanto mais os homens assumem uma postura ativa na investigação de sua temática, mais aprofundada será a sua tomada de

consciência em torno da realidade e, explicitando sua temática significativa, se apropriam dela (FREIRE, 2005).

Os temas geradores são amplos e compõem a realidade do universo dos educandos/usuários, problematizada pelo diálogo entre educador/coordenador e educando/usuário. Esta problematização acontece à medida que os problemas são levantados por meio do diálogo, no qual os educandos participantes começam a falar sobre as contradições, as situações concretas e reais em que estão vivendo o seu aqui e agora. A partir da identificação dos temas geradores irá se constituir a problematização que determinará a ação (HEIDEMANN, 2006).

De acordo com Freire (2005) o que se procura investigar não é apenas o homem, mas o seu pensamento-linguagem relacionado à realidade, bem como a sua percepção sobre a mesma, sua visão de mundo, revelando então os seus “temas geradores”. Podemos chegar a eles não apenas através da experiência existencial de cada um, mas também através de uma reflexão crítica relativa as relações homens-mundo e homens-homens (FREIRE, 2005).

A segunda etapa é a **codificação e descodificação**, onde os temas geradores são codificados e descodificados através do diálogo e por meio dele, as pessoas envolvidas vão tomando consciência do mundo onde vivem. Os temas são problematizados, contextualizados, substituídos em sua visão mágica inicial, por uma visão crítica e social do assunto discutido (HEIDEMANN, 2006).

A codificação e a descodificação possibilitam que o alfabetizando integre a significação das respectivas palavras geradoras em seu contexto existencial, onde ele a redescobre em um mundo que se expressa em seu comportamento. Traz a conscientização na sua intenção significativa, que coincide com as intenções de outros e significam o mesmo mundo (FREIRE, 2005).

Na codificação, procura-se retotalizar o tema dividido, na representação de situações existenciais. As mediações entre o “contexto concreto ou real” onde acontecem os fatos, e o “contexto teórico”, em que são analisadas, são as codificações. É uma fase de tomada de consciência, onde são descobertos novos temas geradores, relacionados aos iniciais (HEIDEMANN, 2006).

Segundo Freire (1992, p. 88), o processo de criação das codificações são situações que:

[...] funcionam como desafios aos grupos. São situações-problema codificadas, guardando em si elementos que serão decodificados pelos grupos com a colaboração do coordenador. O debate em torno delas irá como o que se faz com as que nos dão o conceito antropológico de cultura, levando os grupos a se conscientizarem para que concomitantemente se alfabetizem.

Ou seja, a codificação é a representação da situação existencial, onde o indivíduo passa da representação da situação para a situação concreta que se encontram (FREIRE, 2005).

Na decodificação existe a análise com posterior reconstituição da situação que está sendo vivida, havendo reflexo, reflexão e abertura das possibilidades concretas (FREIRE, 2005). Sendo mediada por causa da objetivação, a imediatez da experiência se lucidifica, interiormente, em reflexão de si mesmo e crítica animadora de novos projetos existenciais, e o que antes se tratava de fechamento, aos poucos vai se abrindo, onde a consciência começa a escutar os apelos que a chama, sempre mais além de seus limites, fazendo-se, assim, crítica. (FREIRE, 2005).

A decodificação propicia uma nova percepção e o surgimento de um conhecimento novo. Esta fase é composta por quatro momentos subseqüentes: no primeiro, os indivíduos têm a oportunidade de “admirar” a apreensão do objeto codificado, enquanto vão exteriorizando a sua temática. Logo após, ocorre a etapa da “percepção da situação”, onde os sujeitos passam a perceber sua percepção anterior e olham a realidade de dentro, mas não conseguem enxergar a sua totalidade. A análise crítica ocorre por meio da representação da codificação, constituindo a terceira etapa. Por fim, a última e quarta etapa começa quando o investigador inicia o estudo sistemático dos achados (AQUINO, 2008).

Na decodificação, os indivíduos exteriorizam sua visão do mundo, sua forma de pensá-lo, sua percepção das dificuldades encontradas na realidade; e na medida em que, ao fazê-lo, vão percebendo como atuavam quando viviam a situação analisada, têm uma percepção diferenciada da realidade. Ampliando o horizonte do perceber, mais facilmente vão se surpreendendo com as relações dialéticas entre uma dimensão e outra da realidade. Isso ocasiona o surgimento de nova percepção e o desenvolvimento de novo conhecimento (FREIRE, 2005).

A última etapa, o **desvelamento crítico**, baseia-se na tomada de consciência em relação à situação existencial apresentada e compartilhada, com a descoberta de limites e possibilidades da primeira etapa. É nesta fase que temos o processo de ação-reflexão-ação, capacitando as pessoas para o aprendizado e evidenciando a necessidade de ações concretas

no âmbito cultural, social e político com finalidade de ter “situações limite” e superar as contradições (HEIDEMANN, 2006). Segundo Freire (1997), o objetivo é promover a transformação dos reais problemas que estavam interferindo na vida das pessoas.

Desta forma, enquanto a prática bancária alude a uma espécie de anestesia, que inibe o poder de criação dos educandos, a educação problematizadora, apresentando caráter de autêntica reflexão, implica em constante ato de desvelamento da realidade (FREIRE, 2005). Enquanto a prática bancária almeja manter a imersão; a educação problematizadora, ao contrário, busca a emersão da consciência, resultando na sua inserção crítica na realidade. (FREIRE, 2005).

Durante esta etapa, para a problematização do tema (realizada pelo animador/facilitador junto aos seus sujeitos), é preciso buscar os núcleos principais dividindo-o em unidades de aprendizagem que devem ser expostas em uma dada sequência, para, após, juntar novamente estas partes, retornando à totalidade da questão para melhor conhecer o assunto. Trata-se da tomada de consciência da realidade vivida, que, através de uma nova reflexão, passa a ser transformada (HEIDEMANN, 2006).

### **5.3. Local da Pesquisa**

A escolha do local foi realizada pelo interesse e objetivo da pesquisa, assim como, pela disponibilidade que tivemos ao campo de trabalho. Dessa forma, nossa atividade de pesquisa foi feita no nível da Atenção Básica em um Centro de Saúde do Município de Florianópolis, Santa Catarina.

O Centro de Saúde que atuamos teve envolvimento com a disciplina Estágio Supervisionado II do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), além de possuir vínculo com a universidade através da Rede Docente Assistencial.

#### **5.3.1. Contextualização do bairro**

O bairro em questão está localizado na cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, e encontra-se na região central do município. Possui uma população de 15.221 habitantes de acordo com o censo demográfico do IBGE 2010. Destes 7.899 são mulheres e 7.322 são homens. Prevalece no bairro a população jovem e adulta (IBGE, 2010).



Seus habitantes possuem variados níveis socioeconômicos. Essa desigualdade social é percebida claramente ao observarmos determinadas áreas onde as condições ambientais são precárias, moradias em más condições e falta de saneamento básico. Isso influencia diretamente na qualidade de vida desses indivíduos, que muitas vezes tem dificuldade até de acesso ao centro de saúde. Em contrapartida, observamos grandes e novos condomínios já construídos e muitos ainda em construção no bairro.

Pode ser considerado um bairro residencial. Não possui muitas áreas de lazer, limitando um pouco o incentivo a saúde e bem estar da população que ali reside. A falta de atividades de lazer pode favorecer, muitas vezes, o envolvimento dos jovens em situações que oferecem risco para si e para o restante dos habitantes, como a violência, tráfico de drogas e drogadição. Esses problemas são intensos em algumas áreas e podem se agravar ainda mais devido a falta de investimentos em segurança por parte do município e de ações que em longo prazo possam melhorar esta situação.

Apesar de todos os problemas e desafios encontrados no local, durante o estágio percebemos que a grande maioria da população preocupa-se com a sua saúde, com a saúde de sua família e com o seu bairro. Essas características são importantes para que as pessoas busquem, cada vez mais, a melhoria de sua qualidade de vida e bem-estar.

### **5.3.2. Contextualização do Centro de Saúde (CS)**

O município de Florianópolis está dividido em cinco Distritos Sanitários (Centro, Continente, Leste, Norte e Sul), que foram implantados em julho de 2002, sendo que CS localiza-se no Distrito Sanitário Leste. O bairro a qual o mesmo pertence está dividido em três áreas, cada uma com uma Equipe de Saúde da Família completa, e estas são denominadas, de acordo com o CS e a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, da seguinte maneira: Área 190, Área 191 e Área 192.

**Área 190 (laranja):** Possui um total de 2.942 pessoas cadastradas, sendo dividida em 6 micro-áreas.

É considerada uma área de interesse social, pois neste local se concentra grande parte da população carente do bairro. Além disso, surgem muitos outros problemas como a violência, tráfico de drogas, drogadição, gravidez na adolescência, falta de saneamento básico, falta de planejamento familiar, entre outros.

É a área que possui maior número de equipamentos sociais, o que facilita o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

Equipe de Saúde as Família da área: um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de consultório dentário (ACD) e cinco ACS.

**Área 191 (verde):** A área verde possui 4.801 pessoas cadastradas e é formada por 7 micro-áreas. É o local onde se encontra o CS.

Nesta área encontra-se um grande número de habitantes. Existe um alto número de edifícios na região, além de muitos outros que estão em construção, o que mostra um futuro crescimento populacional no bairro. Além disso, é na área 191 que se concentra o maior número de moradores com bom poder aquisitivo.

Profissionais da área: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e quatro ACS.

**Área 192 (lilás):** Dividida em 5 micro-áreas, com um total de 3.018 pessoas cadastradas. Nesta área, estão localizadas moradias que se caracterizam por serem de estrutura física precária e, como mencionado anteriormente, pela falta de saneamento básico na maioria delas, juntamente com os problemas sociais de sua população residente.

Equipe de Saúde da Família: uma médica, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, uma ACD, um técnico de enfermagem e cinco ACS.

Recentemente o CS passou por uma reforma, o que aumentou consideravelmente sua estrutura física, favorecendo a qualidade no atendimento à população.

Atualmente, a unidade possui dois andares. No primeiro, encontramos a recepção com espaço físico amplo e cadeiras para os usuários esperarem por suas consultas; cinco consultórios médicos utilizados para atendimento geral; uma sala de enfermagem; um consultório ginecológico; dois consultórios de odontologia; uma sala de curativos e procedimentos; sala de vacina; sala da coordenação; dois banheiros (feminino e masculino); depósito de material de limpeza. Para ter acesso ao segundo andar existe uma escada e um elevador, nele encontramos: um auditório, uma copa, um vestiário (funcionários), uma sala de pré lavagem de materiais, uma sala de esterilização e mais dois banheiros (feminino e masculino).

Os profissionais que atuam no local são: 4 médicos, sendo 3 da ESF e uma Clínica Geral; 3 enfermeiros; 3 cirurgiões dentistas, sendo um deles o coordenador da unidade; 3

técnicos de enfermagem; 2 ACD; uma auxiliar de enfermagem; 2 técnicos administrativos; 14 Agentes Comunitárias de Saúde; e 3 auxiliares de serviços gerais.

Há ainda o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por profissionais de diversas áreas de conhecimento e que atuam em conjunto com os profissionais da unidade. Fazem parte do NASF: uma pediatra, um psiquiatra, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma nutricionista, uma assistente social, um farmacêutico e um profissional de educação física.

Os serviços prestados na Unidade são: consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; consultas com o ginecologista; consultas com a pediatra; consultas com a assistente social; consultas com a psicóloga; nebulização; vacinas; medicação e entrega de medicamentos; curativos e entrega de material; marcação de consultas e exames; visitas domiciliares; oxigenoterapia domiciliar; verificação de pressão; glicemia capilar; preventivo; planejamento familiar; teste do pezinho; grupos de educação em saúde; entre outros.

Programas desenvolvidos na Unidade: Bolsa alimentação, Bolsa Família, Capital Criança, Capital Idoso, Hipertensos e Diabéticos, Gestantes, Hora de comer, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e de Mama, Pré-Natal, Programa de Fórmulas Infantis, Programa Nacional de Imunizações, Oxigenoterapia Domiciliar, Programa de Atendimento Domiciliar, Saúde de Ferro e Tuberculose. Além disso, o CS é atendido pelo Programa de Articulação Docente Assistencial, na qual alunos universitários desenvolvem atividades curriculares, visando uma nova estratégia na formação dos profissionais de saúde e sua preparação para o modelo de saúde da família.

O CS é freqüentado por toda a população do bairro, mas ainda há prevalência da população mais carente. Mas após a reforma este panorama vem mudando e as classes mais favorecidas também estão utilizando os serviços da unidade. O fluxo populacional é grande, ocorrendo imigração de várias cidades do país e também pessoas que vem morar provisoriamente no bairro, o que dificulta a organização e controle por parte dos profissionais. Além disso, procuram também por atendimento indivíduos de outras partes do município e que trabalham no local.

A unidade de saúde tem boa articulação com alguns equipamentos sociais, como: escolas, creches, Centro de Educação Complementar (CEC), igrejas, grupos de idosos e algumas empresas, realizando projetos e atividades de educação em saúde nesses locais.

#### 5.4. Participantes da Pesquisa

Participaram dos Círculos de Cultura mulheres que realizaram a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero e que sejam integrantes de alguma das três Equipes de Saúde da Família pertencentes ao Centro de Saúde do Município de Florianópolis. A pesquisa contou com a colaboração de 16 (dezesseis) mulheres, contando com uma média de 08 (oito) mulheres por Círculo de Cultura, entre casadas, solteira e divorciada, com faixa etária que foi estabelecida de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (2011) para a realização do exame preventivo, variando, no grupo, de 26 a 59 anos. Segue, abaixo, quadro 1 com nome fictício, atribuindo-se nome de flores, idade, estado civil e profissão.

**Quadro 1** – Participantes dos Círculos de Cultura em um CS de Florianópolis/ 2012.

<b>Nome fictício</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Profissão</b>
Dália	34 anos	Casada	Do lar
Tulipa	38 anos	Casada	Diarista
Margarida	58 anos	Divorciada	Massoterapeuta
Lírio	26 anos	Casada	Estudante
Blue	35 anos	Casada	Agente Comunitária de Saúde
Lavanda	26 anos	Casada	Estudante
Beladona	35 anos	Solteira	Estudante
Frésia	59 anos	Casada	Costureira
Violeta	44 anos	Casada	Agente Comunitária de Saúde
Orquídea	40 anos	Casada	Agente Comunitária de Saúde
Flor de lótus	56 anos	Casada	Assistente administrativo
Lilac	27 anos	Casada	Técnica em radiologia
Rosa	45 anos	Casada	Agente Comunitária de Saúde

Jasmim	50 anos	Casada	Vendedora
Copo de leite	35 anos	Casada	Do lar
Hortência	56 anos	Casada	Do lar

Fonte: Círculos de Cultura realizados em um CS de Florianópolis, 2012.

### 5.5. Coleta de dados

Foram feitos ao todo 04 (quatro) Círculos de Cultura, seguindo o itinerário Freireano, no período de março a junho de 2012, com a duração aproximada de uma hora e meia e contando com a participação média de 08 (oito) mulheres.

Inicialmente realizamos o levantamento de todas as mulheres, entre 25 e 64 anos, que fizeram seu preventivo durante o período de janeiro a março de 2012. Consultamos a agenda eletrônica de cada um dos enfermeiros do CS (áreas 190, 191, 192) para realizar esse levantamento. Coletamos seu nome completo, idade, telefone e endereço para facilitar a busca. Ao todo foram selecionadas cerca de 80 mulheres que se encaixavam no perfil da pesquisa. Confeccionamos diversos convites (apêndice 1) para serem entregues a essas mulheres, distribuindo durante as consultas de preventivo e em suas residências. Além disso, contamos com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde para divulgação. Também telefonamos para as mulheres que não conseguimos entregar o convite pessoalmente.

Desenvolvemos 03 (três) cronogramas diferentes, um para cada Círculo de Cultura, para serem seguidos durante os encontros (apêndices 2, 3, 4).

No primeiro Círculo de Cultura participaram 04 (quatro) mulheres. Realizamos o encontro no auditório do CS. No primeiro momento do encontro sentamos em círculo, nos apresentamos, explicamos a finalidade da pesquisa e entregamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice 5). Em seguida, solicitamos para que as participantes se apresentassem, utilizando para isso uma dinâmica. Após as apresentações realizamos um breve alongamento, e iniciamos com levantamento dos temas, dentro da proposta da pesquisa, para serem discutidos nos encontros subsequentes.

Para que os temas pudessem ser levantados realizamos três questões para cada participante - “O que é saúde?” “Como é possível promover a saúde?” “Como é possível promover a saúde nas consultas do preventivo?” – pedimos para que cada uma escrevesse em um papel a sua resposta, de forma anônima. Em seguida, colamos essas respostas em uma

cartolina e apresentamos para o grupo as respostas obtidas. Para manter o anonimato das mulheres solicitamos que cada uma escolhesse o nome de uma flor, para ser usado como pseudônimo no presente trabalho.

Em decorrência da baixa adesão, repetimos o primeiro Círculo de Cultura, ampliando para todas as mulheres que já haviam feito o preventivo no CS, sem necessariamente ter sido em 2012. Reforçamos a divulgação, fixando cartazes no CS e distribuindo os convites nos consultórios dos demais profissionais. Convidamos também as mulheres que vieram no primeiro encontro, ressaltando que seriam os mesmos passos do anterior, deixando facultativa a participação neste Círculo de Cultura.

Repetimos o círculo, no mesmo local, contando com a presença de 02 (duas) mulheres, sendo que as mesmas já haviam participado do primeiro encontro. Devido à amostra limitada, expomos nossa dificuldade juntamente aos profissionais durante reunião de equipe da área 190, e surgiu como estratégia a Investigação Temática com as mulheres durante a consulta de preventivo. Assim, realizamos a identificação dos temas geradores individualmente com dez mulheres, sendo sete na Consulta de Enfermagem e três no Auditório do Centro de Saúde. Os círculos individuais tinham uma duração média de 20 minutos. Salientando que foi feita a apresentação do trabalho e das acadêmicas, assinado o TCLE e realizadas as questões de investigação das temáticas.

A partir disto, convidamos as mulheres que compareceram nos primeiros Círculos de Cultura, a participar do terceiro encontro, reunindo 08 (oito) integrantes no auditório do CS. Foram expostos todos os temas geradores e selecionados quatro para serem abordados na etapa da codificação, decodificação e desvelamento.

O quarto Círculo de Cultura teve a participação de 07 (sete) mulheres e possibilitou a continuidade do diálogo dos temas investigados nas etapas do Itinerário de Freire.

Os registros foram feitos mediante observação, ata e gravação de áudio dos Círculos de Cultura realizados, com posterior transcrição das falas, mantendo assim a qualidade e legitimidade das informações coletadas.

## **5.6. Análise dos Dados**

A análise dos dados ocorreu a partir da metodologia de Paulo Freire, que prevê o processo analítico dos dados durante todo o trajeto da pesquisa, e sob o olhar das

pesquisadoras e orientadora de acordo com a fundamentação teórica da Promoção da Saúde e a Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (2009).

### **5.7. Aspectos Éticos**

O projeto tem como base a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que regulamenta investigações envolvendo seres humanos. O consentimento para a pesquisa aos sujeitos participantes foi solicitado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes do estudo foram esclarecidas quanto aos objetivos e finalidade do mesmo e sua participação aconteceu de forma voluntária, sem remuneração e observando as condições de pleno exercício da autonomia e liberdade individual. Foi-lhes mantido o anonimato através da atribuição ao nome de flores, também não sendo revelado o nome do Centro de saúde onde a pesquisa foi realizada.

O projeto foi submetido à análise da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina CEP/UFSC e obteve aprovação sob o parecer Nº 21524, em 14 de maio de 2012 (Anexo 1).

## 6. RESULTADOS

### CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Isabela Schurhaus Hyeda<sup>1</sup>

Jamila Gabriela Marchi<sup>2</sup>

Samanta Rodrigues Michelin<sup>3</sup>

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann<sup>4</sup>

Rosane Gonçalves Nitschke<sup>5</sup>

**RESUMO** – Este estudo teve como objetivo identificar a percepção das mulheres a respeito das ações de promoção da saúde realizadas durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero em um Centro de Saúde de Florianópolis. Como metodologia utilizou-se o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, através do desenvolvimento de Círculos de Cultura. Foram realizados 04 (quatro) círculos de cultura, no período de março a junho de 2012. Os sujeitos da pesquisa foram mulheres pertencentes as 03 (três) Equipes de Saúde da Família, na faixa etária de 26 a 59 anos e que já haviam realizado a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero. Na investigação, selecionaram 08 (oito) temáticas significativas, das quais 04 (quatro) foram codificadas/descodificadas: cultura, “líquidos que saem dos seios”, dor durante a relação sexual e infecções vaginais. A análise dos temas

---

<sup>1</sup> Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM). Rua São Ludgero, 1387, Barreiros – São José/SC. CEP: 88117-270. E-mail: Isabela\_hyeda@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Promoção da Saúde e Enfermagem (NEPEPS). Rua Capitão Romualdo de Barros, 556 A, Saco do Limões. CEP: 88040-600. E-mail: gabi\_jamila@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista monitoria da Atenção Básica da 7ª fase do curso de graduação em Enfermagem – UFSC. Rua: Eugênio Joaquim Marques da Silva, 52, Pantanal. CEP: 88040-103. Email: samantasemh@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Promoção da Saúde e Enfermagem (NEPEPS). Servidão Natureza 160 – Campeche, Florianópolis/SC. CEP: 88063-545. E-mail: ivonete@ccs.ufsc.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina (NUPEQUIS-SC). Rua Laurindo Januário da Silveira, n. 1009- Lagoa da Conceição- Ilha de Santa Catarina – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. CEP : 88062-200. Email: rosanenitschke@gmail.com



investigados foram analisados à luz do referencial teórico da Promoção da Saúde. O desvelamento dos dados mostrou que as mulheres possuem um conceito amplo de saúde e conseguem identificar ações de promoção da saúde realizadas na consulta. Foram destacadas questões relativas à cultura, autoestima, sexualidade e as informações durante a consulta do preventivo. Faz-se necessário entender a importância do diálogo no momento de interação entre o profissional enfermeiro e a mulher, levando em consideração suas dimensões biológicas, ambientais, sociais, emocionais e espirituais.

**Palavras-Chave:** Promoção da Saúde, Mulher, Câncer de Colo do Útero.

## INTRODUÇÃO

A saúde é um recurso importante para desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como para o alcance da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, biológicos e comportamentais podem atuar tanto no favorecimento quanto no prejuízo à saúde. Sendo assim, as ações de promoção da saúde surgem para que as condições citadas sejam cada vez mais favoráveis à saúde (WHO, 1986).

A partir da Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, no Canadá, em 1986, a promoção da saúde passou a ser definida como o processo que procura possibilitar a indivíduos e comunidades a ampliação do controle sobre os determinantes de saúde, para que consigam melhorar sua saúde, representando um conceito unificador, onde se reconhece a necessidade de mudança nos modos e condições de vida, buscando a promoção da saúde. Como eixos de suas estratégias e ações, recomendam-se a criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, criação de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

Sob esta ótica, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma nova concepção da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida apenas como a ausência de doença, fazendo com que tudo girasse em torno da cura dos agravos à saúde. Essa lógica deu lugar a uma nova noção, centrada na promoção da saúde e na prevenção dos agravos. Sua diretriz filosófica e política, reporta para os princípios do SUS, envolvendo a descentralização, hierarquização, regionalização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu a Agenda de compromisso pela Saúde, que é constituída por três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto em Defesa da Vida, composto por um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades das três esferas do governo (federal, estadual e municipal), sendo que cada um tem sua responsabilidade definida (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, foi implantada a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o propósito de enfrentar os desafios da produção de saúde em um cenário complexo e que necessita de constante reflexão e qualificação das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Com base na prevenção e promoção da saúde, em junho de 1998 foi implantado o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero, que visa a estruturação da rede assistencial, desenvolvimento de um sistema de informação para monitoramento e gerenciamento destas ações, assim como, definição das competências de cada uma das três esferas de governo. Atualmente, o programa tem como foco consolidar o rastreamento e monitoramento de ações preventivas e curativas nas três esferas do governo. No âmbito da prevenção, almeja-se a cobertura de, no mínimo, 80% da população alvo. O objetivo do programa está na diminuição da incidência, mortalidade e melhoria da qualidade de vida da mulher com câncer de colo do útero (INCA, 2009).

O câncer de colo do útero, como o segundo mais freqüente e o quarto responsável pela morte das mulheres no Brasil, reporta à necessidade de ações de identificação precoce, que dão quase 100% de chance de cura se houver o tratamento adequado (INCA, 2011). No cenário nacional, a região sul aparece em destaque, surgindo como o terceiro com maior incidência da doença no país.

Os altos níveis de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil demonstram a necessidade da implantação de estratégias para o controle da doença, que incluem não apenas ações de prevenção e detecção precoce, mas também ações de promoção à saúde. Para isso é de fundamental importância a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica para a atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 2006).

Sabendo que a promoção da saúde da mulher é um tema atual e de grande relevância, nossa proposta foi observar como esta é vivenciada e qual conduta se espelha no cotidiano feminino. Dentro da perspectiva de promoção da saúde, realizamos nosso estudo com o

objetivo de conhecer como a mesma é abordada na consulta de enfermagem para prevenção do câncer de colo do útero, sob a percepção das mulheres que participaram dessas consultas.

Diante do exposto levantamos o seguinte questionamento base para a realização de nossa pesquisa: “Como a promoção da saúde está sendo percebida pelas mulheres durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero de um Centro de Saúde de Florianópolis?”

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire (2005). O Itinerário Freireano é constituído das seguintes etapas: Investigação Temática ou levantamento dos temas geradores, codificação e descodificação e Desvelamento Crítico.

Este tipo de abordagem procura aprofundar a investigação e responde a questões específicas e particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo. Isto é, ela trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2002).

A pesquisa qualitativa se articula com o pensamento Freireano, quando ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social, revelando o que está oculto, permitindo que as reflexões dos participantes os levem a desvendar novas propostas de ação sobre as realidades vividas (HEIDEMANN, 2006).

A Investigação Temática partiu da percepção das mulheres sobre Promoção da Saúde, por meio dos Círculos de Cultura, sendo este um método dinâmico que busca promover o processo de ensino e aprendizagem de uma infinidade de assuntos, questões do cotidiano como trabalho, cidadania, alimentação, saúde, política, religiosidade, cultura, entre outros, sendo um local propício para o exercício do diálogo (FREIRE, 2005). Através dele é possível levantar, problematizar e desvelar os temas, podendo ser situações conflitantes ou positivas para a consolidação da promoção da saúde (HEIDEMANN, 2006).

Para a realização dos Círculos de Cultura, fizemos a busca das mulheres com faixa etária de 25 a 64 anos e que já haviam realizado, pelo menos uma vez, a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero no CS. Foi elaborado convite às

mulheres durante as consultas e em sua residência, convidando a participar dos Círculos de Cultura.

A investigação dos temas ocorreu através de 04 (quatro) Círculos de Cultura, com duração de aproximadamente uma hora e meia, no período de março a junho de 2012. Participaram em média, 08 (oito) mulheres, na faixa etária de 26 a 59 anos.

Para o registro dos temas foram realizadas anotações e observações importantes para as próximas etapas do Método nos Círculos de Cultura. Foi utilizado ainda um gravador de áudio, previamente autorizado pelos participantes, com o objetivo de registrar os encontros na sua íntegra.

Os dados transcritos foram codificados e decodificados por meio do Itinerário de Paulo Freire, que prevê o processo analítico e sob o olhar das pesquisadoras e orientadora de acordo com a fundamentação teórica da Promoção da Saúde e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero.

O projeto seguiu as recomendações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (1996), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o processo Nº 21524, em 14 de maio de 2012 e pela Comissão de Ética da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis. As mulheres assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, na qual uma ficou com as pesquisadoras e a outra com a própria participante. Para garantir anonimato de acordo com os preceitos éticos da pesquisa trocamos os nomes das participantes, identificando-as com nomes de flores.

## **RESULTADOS**

### **1º Momento**

Este primeiro momento constituiu na primeira etapa do Itinerário Freireano, a investigação temática, ocorrendo o levantamento de temas geradores a partir da realidade dos sujeitos da pesquisa. De maneira geral, houve a participação de 14 (quatorze) mulheres, dentre os encontros em grupo e individuais de Consulta de Enfermagem. Para auxiliar na identificação dos temas, foram realizados três questionamentos: 1) O que é saúde? 2) Como é possível promover a saúde? 3) Como é possível promover a saúde nas consultas do

preventivo? As respostas foram escritas em tarjetas, coladas em cartazes e posteriormente lidas nos encontros em grupo, não havendo assim influencia nas falas das participantes. Nos encontros individuais, algumas mulheres optaram por apenas falar as respostas, que foram gravadas e transcritas em seguida.

Foram investigados nos Círculo de Cultura em grupos e individuais 48 temas geradores, sendo que muitos deles foram mencionados por mais de uma mulher. A partir disto, essas temáticas foram agrupadas como sendo 17 as de maior relevância, conforme quadro 2.

**Quadro 2** – Temas gerados pelas mulheres e agrupados conforme as respostas dos questionamentos.

<b>O que é saúde?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bem estar físico, mental e emocional;</li> <li>2) Cuidado consigo próprio e com os que estão ao meu redor;</li> <li>3) Acompanhamento médico;</li> <li>4) Bom salário;</li> <li>5) Trabalho digno e uma boa casa.</li> </ol>
<b>Como é possível promover a saúde?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mente positiva e pensamentos saudáveis;</li> <li>2) Prevenção;</li> <li>3) Trocando ideias sobre saúde e participar de grupos;</li> <li>4) Lazer;</li> <li>5) Acompanhando as especialidades;</li> <li>6) Exercício físico, alimentação saudável;</li> <li>7) Ter uma boa higiene.</li> </ol>
<b>Como é possível promover a saúde nas consultas do preventivo?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Atenção do profissional e orientações;</li> <li>2) Tratamento;</li> <li>3) Segurança na coleta do material;</li> <li>4) Trocar informações com o profissional;</li> </ol>

	5) O Cuidado.
--	---------------

Fonte: Círculos de Cultura realizados em um CS de Florianópolis, 2012.

Em relação às temáticas levantadas, percebemos que a maioria das mulheres tem uma visão ampliada do conceito de saúde, entendendo que a mesma depende não apenas de sua dimensão física, envolvendo também outras questões, como podemos observar pelas suas falas:

“Saúde pra mim é estar bem com o nosso corpo físico e mental, em todos os aspectos” (Rosa).

“Saúde é o bem estar, o cuidado consigo próprio e com os que estão ao meu redor” (Blue).

Foram também destacadas ações relativas a promoção da saúde que são realizadas pelo enfermeiro e o que esperam encontrar durante a consulta do preventivo.

“Tirando minhas dúvidas, a atenção do profissional faz toda a diferença para que eu retorne a fazer novos preventivos” (Tulipa).

“Bom, na consulta as explicações da enfermeira esclarece muitas dúvidas e para mim me ajudou muito” (Rosa).

“Com as consultas do preventivo, prevenir doenças como o câncer e tirar todas as dúvidas das mulheres” (Orquídea).

“Citando pontos importantes de cuidado com a alimentação e higienização em todos os aspectos” (Jasmim).

Estas repostas referentes ao que consideram ações de promoção da saúde durante a consulta do preventivo pôde demonstrar a relevância que atribuem ao diálogo com o profissional enfermeiro, bem como outros aspectos envolvidos com a sua saúde de maneira ampla, desde a prevenção do câncer até os cuidados com higiene e alimentação.

Porém, ainda mostram ter dúvidas quanto ao exame e relacionadas à saúde da mulher, como os trazidos durante este encontro, pois, além dos temas acima descritos, surgiram alguns outros questionamentos trazidos pelas mulheres durante os encontros, sendo eles: 1) Dor durante a relação sexual; 2) Infecções vaginais; 3) “Líquidos que saem dos seios”; 4) Orgasmo; 5) Hemorroida; 6) Acolhimento e informações prestadas durante a consulta; 7) Cultura; 8) Objetivo da consulta de preventivo.

Por se tratar de temas que despertaram grande interesse das mulheres, dialogou-se que além dos 17 investigados inicialmente estas temáticas, também eram relevantes e deveriam ser discutidos no próximo Círculo de Cultura.

## **2º Momento**

Nesta etapa foi realizada a codificação, decodificação e desvelamento crítico. Dos 08 (oito) temas que haviam sido codificados pelas mulheres, foram selecionados 04 (quatro) temas para a discussão nos Círculos de Cultura: 1) “líquidos que saem dos seios”, 2) cultura, 3) dor durante a relação sexual e 4) infecções vaginais. Os dois primeiros foram eleitos para a discussão neste segundo círculo e os dois restantes no último. Estas temáticas foram escolhidas por terem maior relevância para as participantes. Além disso, o tempo era limitado para dialogar todos os temas levantados, dando prioridade aos que as mulheres selecionaram.

Inicialmente começamos a abordar sobre os “líquidos que saem dos seios”, pois foi um assunto que já estava sendo discutido pelas mulheres antes da eleição dos temas. Uma das mulheres questionou o fato de ter produzido leite, mesmo não estando grávida, acreditando ser por desejar que a filha amamenta-se seu neto, pois a mãe da criança estava com mastite, sendo assim estimulada pelo instinto do recém-nascido em mamar, atribuindo também ao fator psicológico.

“E quando ele encostava perto da gente, ele meio que queria mamar e eu comecei a produzir leite [...] eu acho que era o meu subconsciente, que eu queria que ela amamentasse” (Frésia).

A saída de secreção papilar das mamas foi colocada como uma situação patológica, levantando dúvidas entre as participantes e havendo troca de informações, reportando-se as orientações tidas durante a consulta de enfermagem do preventivo.

“Da última vez que eu fiz o preventivo, a enfermeira colheu o líquido dos seios, daí ela falou que quando é escuro tem que levar para a análise e quando é claro daí às vezes é problema hormonal” (Violeta).

Debateu-se também situações indicativas de anormalidade, como a saída de líquido em uma ou nas duas mamas; a coloração do líquido; suspeita de gravidez; estimulação mecânica; fatores psicológicos e estressantes e presença de nódulos axilares e mamários. Algumas mulheres perceberam que se trata de uma alteração que pode ou não ser patológica. Durante a conversa, foi relatado o objetivo da consulta do preventivo e feita uma comparação de como

era a consulta antigamente e como são realizadas hoje, de acordo com a experiência que tiveram.

“É, essas coisas mudou muito né? Antigamente a gente chegava, fazia o exame do preventivo, chegava no posto abria a perna colhia, vestia a roupa e ia embora [...] na verdade a gente fazia pra ver se tinha câncer, pra ver se tem alguma infecção, alguma coisa.” (Flor de Lótus).

É possível pontuar na fala da participante a falta de comunicação e vínculo entre o profissional e a usuária durante a consulta do preventivo, tendo foco apenas na execução do procedimento de coleta das células da ectocérvice e endocérvice, sem a devida orientação e sem conhecer a realidade da mulher, desfavorecendo ações de prevenção e promoção da saúde. A desinformação foi colocada pelas mulheres como uma causa primordial.

A cultura surgiu neste contexto, onde as mulheres atribuíram como barreiras a educação que tiveram dos pais e a visão da sociedade, não abordando livremente certos assuntos, principalmente os relacionados a sexualidade, o que acreditam interferir na procura pelo enfermeiro para realização do exame preventivo. A vergonha de expor o corpo e de falar sobre a própria sexualidade foram dificuldades bastante abordadas pelas mulheres.

Dialogou-se também a dificuldade de trabalhar esta questão cultural, pois cada pessoa tem a sua maneira de ser, sendo enfatizada a importância do vínculo entre o usuário e o profissional, facilitando a relação entre ambos.

“É difícil né? Cada um é um, é único. Daí tu tem que tratar cada um de jeito diferente [...] Isso é o vínculo. Por isso tem essa coisa de cor. Porque tu tem o teu médico, o teu enfermeiro. Por exemplo, ela chega aqui com algum problema, o médico e o enfermeiro já conhecem todo o histórico dela, é bem mais fácil de tratar” (Violeta).

Além dessas temáticas, emergiu-se o tema da autoestima por uma das participantes. Após o relato, as demais participantes se sensibilizaram e também falaram de suas experiências, mostrando ser uma necessidade para discussão naquele momento.

“É experiência própria. [...] Eu era horrível, eu tive que trabalhar muito o meu humor, porque, eu não me gostava. [...] Eu tive que ir fazendo um trabalho bem bom comigo mesma, porque eu também não aceitava algumas coisas em mim, e te digo, e hoje eu me amo” (Violeta).

“Eu botei na minha cabeça que eu era feia, e eu não gostava era do meu sorriso, eu não gostava do meu sorriso, sério! Assim ó, além de tá gorda, e o meu sorriso, a minha autoestima foi lá pra baixo, eu trabalhava com público, e eu me sentia nula pelo marido, que anulou, me jogou lá pra baixo [...] agora não me importo mais



também. Ai foi indo, eu comecei a trabalhar, fazer terapia de grupo e também no espelho. Fulana, né, eu dizia meu nome, tu é linda!” (Margarida).

“[...] eu me sentia assim, minha autoestima era bem nula, me sentia um patinho feio” (Orquídea).

Ao final deste encontro as mulheres concluíram que o padrão de beleza imposto pela sociedade influencia na autoestima, e buscaram perceber a importância da mudança de hábitos, como a prática de exercícios físicos e alimentação saudável, além de trabalhar a mentalidade, se valorizando e se aceitando como são, bem como fortalecendo os laços afetivos.

### **3º Momento**

Neste 3º momento trouxemos os temas faltantes selecionados democraticamente pelas participantes no encontro anterior, ocorrendo a decodificação e o desvelamento crítico, segundo o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, dos dois últimos temas - dor durante a relação sexual e infecções vaginais.

Após a apresentação do grupo e das propostas para este círculo, iniciamos refletindo com as participantes o que elas entendiam por dor durante a relação sexual. Elas atribuíram para: ausência de lubrificação; infecção urinária; infecção vaginal; “ferida” no colo do útero; aderência; desconforto do período menstrual; anatomia da mulher; determinadas posições durante a relação sexual; tamanho do pênis; relações sexuais seguidas; manter relação sexual contra vontade e bloqueios psicológicos.

Notamos que as mulheres compreendiam vários fatores que interferem durante a relação sexual e causava dor. As mulheres conseguiram destacar várias situações que podem levar a dispareunia, tendo uma percepção integral sobre esta condição, bem como relacionando as questões citadas com suas próprias experiências.

Novamente, surgiu a questão cultural, pela passividade da mulher perante o parceiro e a falta de diálogo, que foram apontados como causas importantes que influenciam no momento da relação sexual. Isso se deve ao fato da mulher não se sentir encorajada para compartilhar seus sentimentos e necessidades. Desta forma, o grupo concluiu que sentir dor durante a relação não deve ser considerado normal e que a mulher deve investigar o motivo, em conversa com o parceiro e/ou buscando orientação com o profissional da saúde.

As infecções vaginais, também citadas como causa para dispareunia, tiveram como principais fatores desencadeantes, de acordo com as participantes: higiene íntima deficiente; uso de absorvente interno e protetor diário; ducha vaginal; sexo anal antes do vaginal, sem uso de preservativo ou higiene adequada; má higiene do parceiro; calcinha de “lycra” e calça apertada.

No relato das mulheres também se percebeu muitas dúvidas quanto a transmissão e manifestação das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sendo dialogado sobre os agentes infecciosos mais comuns, principalmente o Papiloma Vírus Humano (HPV), pelo seu fator oncogênico e a sífilis, pois surgiu como dúvida de grande parte das participantes.

“Uma coisa também, já que estamos falando de DST é a Sífilis de boca, vocês viram isso? Transmitida pelo beijo” (Beladona).

Surgiram dúvidas quanto a detecção de determinados microorganismos no resultado do citopatológico e sobre as orientações durante a consulta.

“Quando você faz o preventivo o HPV ele é identificado?” (Beladona).

“Sou meio louca com limpeza! Então eu fazia duchinha direto e tomava três, quarto banhos por dia [...] porque às vezes você acha que está fazendo um bem, mas você tá fazendo um mal [...] daí a cada quinze dias acabava tendo uma candidíase” (Beladona).

Percebeu-se que as usuárias tinham algum conhecimento acerca de cuidados e prevenção de infecções vaginais. O preservativo foi tido como o principal método de prevenção das DST. Após o esclarecimento de dúvidas e troca de experiências, entregamos um informativo sobre dispareunia e infecções vaginais para cada participante.

Com o desvelamento das temáticas foi bastante discutido a baixa autoestima, se mostrando uma demanda relevante das mulheres, realizamos a dinâmica do espelho no final do círculo. A dinâmica consistiu em uma caixa contendo um espelho, sendo dito às mulheres que nela existe a coisa mais importante do mundo, convidando-as para observar o que há dentro e posteriormente foi discutido como elas se sentiram ao serem consideradas a coisa mais importante do mundo.

“É verdade, acho que a baixa estima da gente é a pior coisa que tem no mundo. Eu já me senti assim e é horrível. De se olhar no espelho e pensar assim, o quê que eu to fazendo aqui? Não tenho interesse nenhum por mim, não tenho interesse por

ninguém. Se olhar assim, meu corpo é ridículo, eu sou ridícula, ninguém gosta de mim. [...] quando você tem uma autoestima, que a pessoa chega, “ah, você é feia”, eu não to nem aí pro que você tá falando, o problema é teu, ache o que você quiser.” (Tulipa).

O relato das participantes foi expressivo ao ressaltar a importância da troca de experiências e da criação de uma rede de apoio para superar obstáculos, principalmente relacionados à baixa autoestima.

“Quero dizer que eu gostei do último encontro, trabalhei até 8 da noite, fiquei mais animada. A gente ficou mais animada. Tivemos o conhecimento de coisas que a gente não sabia, também ajudamos a explicar. Pra mim foi bom” (Frésia).

As participantes se perceberam como agentes de mudança e de amparo ao próximo, sentindo terem autonomia para seu autocuidado. Finalizamos com abraço coletivo e agradecimentos.

## **DISCUSSÃO**

De acordo com Martins, Braga e Souza (2009) a atual concepção de saúde tem passado por mudanças que enfatizam o cuidado integral, valorizando os aspectos biopsicossocioculturais dos sujeitos. Desse modo, conceito de saúde está envolvido no âmbito social, político, econômico e cultural, levando em consideração a percepção de cada indivíduo, do meio em que vive e de acordo com o momento histórico (SCLIAR, 2007).

A promoção da saúde é entendida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (HEIDEMANN, 2006, p. 353). Neste enfoque, a promoção da saúde, compõe um conjunto de estratégias, englobando políticas públicas e criação de ambientes saudáveis, participação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (CUNHA et al, 2009).

Sob este parâmetro, faz-se importante analisar a percepção da mulher sobre o processo de saúde-doença, para assim compreender sua influência nas decisões relativas a prática do preventivo, da promoção de sua saúde, família e comunidade (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Por meio dos questionamentos realizados com as mulheres foi possível identificar um conceito abrangente de saúde, bem como buscaram fazer uma relação do seu cotidiano com ações de promoção da saúde empregadas na consulta de preventivo. Destacaram o bem-estar físico, mental, espiritual, relacional e emocional como condições para se manterem saudáveis, com qualidade de vida.

No relato das mulheres a sexualidade se mostrou fortemente presente, o que reforça que a sexualidade não deve ser desconsiderada ao se tratar do exame ginecológico. O fato da mulher expor o seu corpo, em especial as zonas erógenas, ao enfermeiro, podem provocar constrangimento e ser uma das causas que levam a evasão do exame. Como mencionado pelas participantes a questão cultural, envolvendo a influência da família, sociedade e a própria percepção acerca de seu corpo, interferem no modo como encaram a consulta de enfermagem do preventivo. Desta forma, constatamos que ao realizar a consulta do preventivo, o profissional de enfermagem deve levar em consideração a história de vida da mulher, seu modo de viver, pensar e agir.

A vergonha de expor o corpo, segundo a fala das mulheres, está também associada à autoestima, por se basearem em padrões de beleza já estabelecidos socialmente, preocupando-se, também, com a imagem que as outras pessoas tem à respeito de sua aparência. A autoestima é uma “construção multidimensional que inclui a relação com a qual as pessoas se vêem nas dimensões psicológicas, sociais, filosóficas (intelectuais) e físicas” (EGITO et al, 2005, p. 60).

A autoestima se baseia também na autoaceitação, que consiste no sentimento de satisfação ou reprovação com o seu corpo, sendo uma avaliação subjetiva que as pessoas criam de si mesmas (EGITO et al, 2005). Conseguimos observar como o tema baixa autoestima esteve presente nos encontros, sendo referido como algo já vivenciado e superado, assim como, uma questão ainda existente para algumas das participantes.

Percebemos que as mulheres conseguiram, após discussão em grupo, atribuir para si qualidades e para outrem, criando uma rede de ajuda mútua e auxiliando no entendimento das questões envolvidas com a autoimagem.

Ao longo dos círculos de cultura surgiram dúvidas relativas a consulta de preventivo e situações relacionadas com a saúde da mulher, como: dispareunia; infecções vaginais, incluindo DST; e secreções papilares das mamas. Os questionamentos quanto a estes temas

demonstram que ainda há necessidade de melhor diálogo entre enfermeiro e usuário, abrindo espaço para orientações do profissional durante a consulta de preventivo.

Concordamos com Oliveira e Almeida (2009) ao relatarem que o enfermeiro tem uma função de grande importância quando falamos em promoção da saúde, pois o mesmo está em contato direto com as mulheres que procuram as Unidades de Saúde, formando um vínculo de confiança. Esta é a melhor forma criar compromisso entre os profissionais e as mulheres, sendo também o diálogo fundamental em todos os momentos, reforçando a integralidade e potencializando o cuidado (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

A cada Círculo de Cultura percebemos a satisfação, interesse e o compromisso das participantes com o grupo, criando um ambiente acolhedor e propício para compartilhar suas experiências, anseios e dúvidas. A promoção da saúde esteve inserida nas falas dessas mulheres ao tratar dos cuidados que realizam diariamente, englobando as dimensões biológicas, ambientais, sociais, emocionais e espirituais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao final dessa pesquisa acreditamos que conseguimos alcançar nosso principal objetivo proposto inicialmente, o qual teve intuito de conhecer a percepção das mulheres sobre a promoção da saúde durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero de um Centro de Saúde de Florianópolis.

A abordagem da pesquisa e método utilizado contribuíram para que houvesse uma maior aproximação das participantes, além de facilitar o diálogo, a troca de informações e a liberdade para as participantes se expressarem.

A Estratégia da Promoção da Saúde, traz em sua linha de pensamento a autonomia das mulheres, fazendo com que estas tenham maior controle da sua saúde (do seu corpo e da sua vida), assim como, ações educativas a fim de estimular o seu senso crítico. Desta forma, durante as consultas de enfermagem para prevenção do câncer do colo de útero o profissional deve considerar as crenças, os tabus, os saberes e os valores culturais, sociais e ambientais das usuárias, além de dar liberdade para que esta se expresse, facilitando o vínculo e a confiança mútua.

As temáticas levantadas por meio dos círculos de cultura revelaram aspectos relacionados à sexualidade, a cultura, a autoestima, bem como os medos, tabus e dúvidas das

mulheres colaboradoras deste trabalho. Ao longo dos encontros procuramos sanar os questionamentos levantados pelas participantes e promover um debate conscientizador a respeito dos assuntos abordados pelo grupo. O espaço para a conversa entre o profissional enfermeiro e a usuária e a atenção que o mesmo presta durante as consultas se demonstrou ser algo de grande importância para elas.

Apesar de termos enfrentando algumas dificuldades, como tempo reduzido para a realização de mais Círculos de Cultura e pouca adesão das mulheres no início da pesquisa, estamos certas que com o passar do tempo foi possível superar essas adversidades e promover momentos agradáveis e reflexivos, permitindo a troca de informações e conscientização a cerca dos temas dialogados.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Vol. 7. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1484](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1484)>. Acesso em: 24 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Inca - Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero**, 2009. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA\\_UTERO\\_internet.PDF](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF)>. Acesso em: 27 jun. 2012.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de Colo de Útero**. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio). Acessado no dia 20 de setembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama**. 1ª edição. Departamento de Atenção Básica. Brasília DF – 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_mama.pdf)>. Acesso em: 20 de novembro de 2011.

CUNHA, Regina Ribeiro et al. **Promoção da saúde no Contexto Paroara: Possibilidade de Cuidado de Enfermagem**. Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 1, n. 18, p.170-176, 2009.

EGITO, Mariana do et al. **Auto-estima e satisfação com a vida de mulheres adultas praticantes de atividade física de acordo com a idade cronológica**. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, São Caetano do Sul, v. 3, n. 13, p.59-66, 24 fev. 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

HEIDEMANN, Ivonete T. S. Buss et al. **Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções**. Revista Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.352-358, 2006.

MARTINS, Álissan K. Lima; BRAGA, Violante A. Batista; SOUZA, Ângela M. Alves e. **Prática em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: um Estudo Bibliográfico**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 10, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.4/pdf/v10n4a18.pdf>. Acesso em 30 de junho de 2012.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

OLIVEIRA, Michele Mandagará; PINTO, Ione Carvalho. **Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil**. Recife, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 2007

OLIVEIRA, Silvia Letícia; ALMEIDA, Ana Carla Hidalgo de. **A percepção das mulheres frente ao exame de papanicolau: da observação ao entendimento**. Revista Cogitare Enfermagem, Toledo, v. 3, n. 14, p.518-526, 2009.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.29-41, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa, Canada, November, 1986.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nossa vivência como acadêmicas de enfermagem da 8ª fase, inseridas na Estratégia de Saúde da Família, nos ofertou grande espectro de atuação dentro da promoção da saúde. Possibilitou-nos também a aproximação com nosso público alvo e a realização de consultas para promoção da saúde da mulher e prevenção do câncer de colo do útero. As dúvidas e curiosidades das mulheres coincidiram com o que era relatado em consultas, mas também nos surpreenderam durante os Círculos de Cultura, onde elas conseguiram exteriorizar seus sentimentos, principalmente quanto à autoestima e questões culturais relacionadas à sexualidade.

Ao fim da pesquisa acreditamos alcançar nosso principal objetivo de buscar a percepção das mulheres sobre as ações de promoção da saúde durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero de um Centro de Saúde de Florianópolis.

A abordagem qualitativa e o método de Freire contribuíram para que houvesse uma maior aproximação das mulheres, por facilitar o diálogo, a troca de informações e a liberdade para as participantes se expressarem.

A Promoção da Saúde valoriza autonomia, fazendo com que se tenha maior controle da sua saúde (do seu corpo e da sua vida), assim como, traz ações educativas a fim de estimular o senso crítico. Desta forma, durante as consultas de enfermagem para prevenção do câncer do colo de útero o profissional deve considerar as crenças, os tabus, os saberes e os valores culturais, sociais e ambientais das usuárias, além de dar liberdade para que esta se expresse, facilitando o vínculo e a confiança mútua.

Assim, as temáticas levantadas por meio dos Círculos de Cultura revelaram aspectos relacionados à sexualidade, a cultura, a autoestima, bem como os medos e tabus das mulheres colaboradoras deste trabalho. Ao longo dos encontros procuramos sanar os questionamentos levantados pelas participantes e promover um debate que refletisse na construção de uma mente crítica a respeito dos assuntos abordados pelo grupo.

O espaço para a conversa entre o profissional enfermeiro e a usuária e a atenção que o mesmo presta durante as consultas demonstrou ser algo de grande importância para elas. Desta forma, entendemos que se faz necessário trabalhar o diálogo, tendo um olhar holístico sobre a mulher e conhecimento da realidade que a usuária está inserida.



## 8. REFERÊNCIAS

AQUINO, M.W de. **Acolhimento:** concepções e práticas de trabalhadores de uma unidade local de saúde. 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BARRETO, V. **Paulo Freire para Educadores**, São Paulo: Arte & Ciência, p.106-115. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama**. 1ª edição. Departamento de Atenção Básica. Brasília DF – 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_mama.pdf)>. Acesso em: 20 de novembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Vol. 7. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1484](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1484)>. Acesso em: 24 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Inca - Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero**, 2009. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA\\_UTERO\\_internet.PDF](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF)>. Acesso em: 27 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acessado no dia 15 de novembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta\\_portugues.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf). Acessado em 28 de janeiro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25236](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236). Acessado no dia 20 de novembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Brasília DF – 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SUS: Princípios e Conquistas**. Secretaria Executiva. Brasília DF – 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acessado no dia 17 de novembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. **Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista**. Ciência & saúde coletiva, Campinas/SP, v.13 (sup. 2), p. 2029-2040, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

\_\_\_\_\_, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de **promoção à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, julho-agosto/2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

CASARIN, Micheli Renata e PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar. **Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS**. Ciênc. saúde coletiva, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011001000029&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001000029&lng=pt)

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 22º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992b.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas**. Projeto de Pesquisa, (Edital MCT/CNPq Nº 014/2011) – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde - NEPEPS. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2011.

\_\_\_\_\_, Ivonete T. S. Buss et al. Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.352-358, 2006.

\_\_\_\_\_, I. T. S. B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Câncer de Colo de Útero**. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio). Acessado no dia 20 de setembro de 2011.

International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). <https://b-com.mci-group.com/Registration/Default.aspx?EventCode=IUHPE10> Acesso em 12.06.2010.

LOPES, Maria do S. Vieira; SARAIVA, Klívia R. De Oliveira; FERNANDES, Ana F. Carvalho; XIMENES, Lorena Barbosa. **Análise do concito de promoção da saúde**. Vol. 19 no. 03, Florianópolis: Revista Texto & Contexto, 2012, pg 463. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072010000300007&lang=pt&tlng=>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000300007&lang=pt&tlng=>). Acessado dia 20 de junho de 2012.

MACHADO, M.A.F.S. *et al.* **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 335-342. 2007.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

OLIVEIRA, Michele Mandagará; PINTO, Ione Carvalho. **Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil**. Recife, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 2007.

World Health Organization - WHO. **Declaração de Alma-Ata, 1978**. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/declaration-of-alma-ata>, 1978 >. Acesso em: 10 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. **Bangkok Charter for Health Promotion in the a Globalized World**. Disponível em: <http://www.worldhealthorganization2005>. Acesso em 11 de Junho de 2010.

\_\_\_\_\_. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa, Canada, November, 1986.

\_\_\_\_\_. **128ª Sessão do Comitê Executivo – Promoção da Saúde**. Washington, D. C., EUA, 2001. Disponível em: [http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce128\\_04-p.pdf](http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce128_04-p.pdf)

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – CONVITE CÍRCULOS DE CULTURA

#### **Convite**

Você está convidada a participar  
do **Encontro sobre a saúde da mulher do  
bairro do Itacorubi.**

Quando: dia **11/04/2012.**

Onde: Posto de Saúde Itacorubi.

Horário: **15:00 horas.**

Contamos com sua presença!



## **APÊNDICE 2 – CRONOGRAMA 1º CÍRCULO DE CULTURA**

### **1º CÍRCULO DE CULTURA**

**Data:** 11/04/2012

**Hora:** 15:00h

**Local:** CS Itacorubi

**Duração:** 1 hora e meia.

**1º Momento:** nossa apresentação, apresentação do trabalho; entregar TCLE; perguntar se pode gravar.

**2º Momento:** apresentação das participantes (dinâmica da bolinha); alongamento. –

**3º Momento:** explicar a atividade e o objetivo do 1º encontro (o que as mulheres pensam e a partir disso levantar assunto e temas para o próximo encontro); fazer as perguntas; entregar as tarjetas para elas escreverem.

**PERGUNTAS:**

- O que é saúde?

- Como podemos promover a saúde?

- Como promover a saúde na consulta de enfermagem do preventivo?

**4º Momento:** colar no cartaz as respostas das participantes; apresentar ao grupo as respostas dadas pelas participantes; marcar outra data para o próximo encontro (23 a 27 de abril); abraço coletivo e agradecimento.

**5º Momento:** Lanche e entrega dos bombons.

## **APÊNDICE 3 – CRONOGRAMA 2º CÍRCULO DE CULTURA**

### **2º CÍRCULO DE CULTURA**

**Data:** 23/05/2012.

**Hora:** 14:00 horas.

**Local:** CS Itacorubi.

**Duração:** 1 hora e meia.

**1º Momento** – apresentação das acadêmicas e do objetivo do encontro;

**2º Momento** – apresentação das participantes (dinâmica da bolinha) e alongamento;

**3º Momento** - apresentação dos temas que foram levantados nos últimos encontros e escolha dos mais relevantes;

**4º Momento** – início da discussão dos temas escolhidos;

**5º Momento** – escolha do dia/horário do próximo encontro;

**6º Momento** - agradecimento e lanche.

## **APÊNDICE 4 – CRONOGRAMA 3º CÍRCULO DE CULTURA**

### **3º CÍRCULO DE CULTURA**

**Data: 06/06/2012**

**Hora: 14:00h**

**Local: CS Itacorubi**

**Duração: de 1 a 1 hora e meia.**

**1º momento** – acolhimento e apresentação – dinâmica da bolinha;

**2º momento** - exposição dos temas já levantados;

**3º momento** - discussão sobre dispareunia e infecções vaginais;

**4º momento** – dinâmica do espelho e discussão à respeito da mesma;

**5º momento** – encerramento e lanche.

## APÊNDICE 5 – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome da pesquisa: **Consulta de Enfermagem na Prevenção do Câncer de Colo do Útero: Percepção das Mulheres sobre Promoção da Saúde**

Este projeto tem como objetivo principal **conhecer a percepção das mulheres sobre a promoção da saúde durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero** e será desenvolvido sob supervisão do Enfº Roberto Antonio Ferreira da Cunha, sob orientação da Profª Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann e co-orientação da Profª Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pelas acadêmicas da 8ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Isabela Schurhaus Hyeda, Jamila Gabriela Marchi e Samanta Rodrigues Michelin, com as quais posso entrar em contato no momento que desejar.

Minha participação no estudo é voluntária, posso recusar a participar do mesmo sem que isso me traga algum malefício, e em caso de desistência em qualquer fase do estudo será necessário apenas à comunicação para uma das pesquisadoras.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro não terei nenhum tipo de recompensa ou remuneração.

Estou ciente de que os dados referentes ao estudo serão sigilosos e privados, assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os Círculos de Cultura serão realizados no Centro de Saúde do Itacorubi. A coleta de dados acontecerá durante estes círculos através do diálogo, gravação e transcrição das informações obtidas. Poderei solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir deste.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso eu os solicite, e que serão utilizados para, além dos benefícios ao Centro de Saúde, divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas.

Qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.



**Acadêmicas de Enfermagem Responsáveis pela Pesquisa:**

Isabela Schurhaus Hyeda / Jamila Gabriela Marchi / Samanta Rodrigues Michelin

Telefones para contato: (48) 9915-6794 / (48) 9965-5481 / (48) 9921-9415

**Orientadora:** Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Telefone para contato: (48) 3721-9480

**Co-orientadora:** Rosane Gonçalves Nitschke

Telefone para contato: (48) 99221716

**Assinatura das responsáveis pela pesquisa:**

\_\_\_\_\_  
Isabela Schurhaus Hyeda

\_\_\_\_\_  
Jamila Gabriela Marchi

\_\_\_\_\_  
Samanta Rodrigues Michelin

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ (participante do estudo), fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar de maneira livre e voluntária no desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefone para contato: ( ) \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

**NOTA:** Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com as pesquisadoras e a outra com o próprio participante.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

#### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Pesquisador:** Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Catarina

**CAAE:** 00904112.7.0000.0121

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 21524

**Data da Relatoria:** 14/05/2012

##### **Apresentação do Projeto:**

O projeto CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE procura fazer uma análise da percepção que as mulheres tem sobre o assunto como o próprio título do projeto sugere partindo-se do princípio que este tipo de câncer é o quarto causador da morte entre as mulheres e o segundo em incidência de casos.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer a percepção das mulheres sobre a promoção da saúde durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero de um Centro de Saúde de Florianópolis.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa não apresenta riscos para os sujeitos de pesquisa uma vez que procura fazer uma coleta de dados considerando os saberes populares que as mulheres tem sobre a temática levando-as a construção de novos conhecimentos a partir do contato com os profissionais da enfermagem e apresenta grande benefício uma vez que serve como ação preventiva promovendo a saúde da mulher.

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A metodologia da pesquisa promove o diálogo (paciente/profissional de saúde) elemento indispensável no tratamento de saúde.

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos estão de acordo com o solicitado pelo CEP SH.

##### **Recomendações:**

Recomendamos o projeto para aprovação.

##### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresenta fundamentação bibliográfica, praticidade e pertinência com TCLE claro e compatível com o grupo focal em questão estando de acordo com a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

##### **Situação do Parecer:**

Aprovado

##### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 14 de Maio de 2012

Assinado por:

Washington Portela de Souza

### PARER DE CONTRATAÇÃO DO CEP

Nome do Peticionário:

Data da Decisão:

Assinatura do Peticionário:

O CEP, COMISSÃO DE EXPERTIMIAÇÃO E PREVENÇÃO DO CANTOR DE CANTO DO CEP, em virtude da falta de recursos humanos, resolveu contratar um profissional para exercer a função de cantor de canto do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis.

Objetivo da Contratação:

Contratar e contratar o profissional para exercer a função de cantor de canto do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis.

Justificativa da Contratação:

A contratação do profissional para exercer a função de cantor de canto do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis, é necessária para a realização das atividades do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis.

Condições e Responsabilidades do Profissional:

A contratação do profissional para exercer a função de cantor de canto do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis, é necessária para a realização das atividades do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis.

Considerações sobre os Termos de Apresentação da Proposta:

Os termos de apresentação da proposta de contratação do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis, são os seguintes:

Recomendações:

Recomenda-se a contratação do profissional para exercer a função de cantor de canto do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis.

Conclusões do Peticionário e Lista de Referências:

O profissional contratado para exercer a função de cantor de canto do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis, é necessário para a realização das atividades do CEP, com o objetivo de promover a divulgação da música e a preservação do patrimônio cultural da cidade de Florianópolis.

Situação do Peticionário:

Assinado:

Assinatura do Peticionário:

Data: